

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

I Mestrado em Enfermagem em Saúde Comunitária

PROMOVER O EQUILIBRIO

PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA
PREVENÇÃO DE QUEDAS NA PESSOA IDOSA

AUTOR

Maria de Fátima Guerreiro Cabrita

Beja/2012

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

PROMOVER O EQUILIBRIO

PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA
PREVENÇÃO DE QUEDAS NA PESSOA IDOSA

Trabalho de projeto para obtenção do grau de Mestre
em Enfermagem em Saúde Comunitária,
orientado pela Professora Doutora Helena José.

AUTOR
Maria de Fátima Guerreiro Cabrita

Beja/2012

Ao meu filho...

À professora Doutora Helena José pela disponibilidade e atenção;

À professora Dr^a Maria Manuela Pereira pela força e incentivo;

Aos colegas Cidália Palma, Emília Pescada, Filipa Assis, Paulo Santos e Vera Andrez pelo apoio e encorajamento incondicional;

Às enfermeiras Elena Noriega e Susana Ramos pela prontidão e celeridade na cedência de documentos de apoio;

A todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a elaboração deste trabalho.

Bem Hajam!

ÍNDICE

RESUMO.....	7
ABSTRACT.....	8
INTRODUÇÃO.....	9
1- PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA: PREVENÇÃO DE QUEDAS NA PESSOA IDOSA.....	15
1.1- ENQUADRAMENTO TEÓRICO	15
1.1.1- Envelhecimento e saúde	16
1.1.2 - Cuidados de enfermagem à pessoa idosa.....	19
1.1.3- Intervenção comunitária: Equipa de Cuidados Continuados Integrados.....	22
1.1.4- As quedas na pessoa idosa: das causas às consequências	28
1.1.5 – Prevenção de quedas da pessoa idosa na comunidade	33
1.2 – DESENHO DO PROJETO	39
1.2.1- Diagnóstico da situação	40
1.2.1.1 – Caraterização do concelho de Albufeira.....	40
1.2.1.2 – Estudo da população alvo	42
1.2.2.- Enquadramento do projeto	49
1.2.3 - Justificação do tema	52
1.2.4 - Metodologia.....	54
1.2.5- Objetivos e finalidade.....	55
1.2.6 - Indicadores e metas	56
1.2.7- <i>Stakeholders</i>	58
1.2.8- Estrutura do projeto (<i>Work Breakdown Structure</i>)	58
1.2.9 - Orçamento.....	60
1.3 – EXECUÇÃO	61
1.3.1 – Atividades a desenvolver	61
2 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
3 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	68
ANEXO	75
Anexo I - Autorização do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Central	76
APÊNDICES.....	78
Apêndice I - Instrumento de colheita de dados.....	79
Apêndice II - Cronograma de atividades	81
Apêndice III – Algoritmo prevenção de quedas	83

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da população por gênero	44
Tabela 2 - Distribuição da população por grupo etário	44
Tabela 3 - Distribuição da população de acordo com a coabitação	44
Tabela 4 - Distribuição da população de acordo com a toma de medicamentos psicotrópicos	45
Tabela 5 - Distribuição da população de acordo com as seguintes patologias	45
Tabela 6 - Distribuição da população de acordo com a diminuição da acuidade visual	46
Tabela 7 - Distribuição da população de acordo com a história de quedas repentinas ou ocorridas no período de 3 meses	46
Tabela 8 - Distribuição da população com diagnóstico secundário associado	46
Tabela 9 - Distribuição da população segundo a necessidade de ajuda para deambular	47
Tabela 10 - Distribuição da população segundo a administração de medicação Intravenosa (IV) uso de heparina	47
Tabela 11 - Distribuição da população segundo a capacidade de andar/transferência	47
Tabela 12 - Distribuição da população segundo o estado mental	48
Tabela 13 - Distribuição da população quanto ao nível de risco de quedas, segundo a Escala de Morse	48

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - <i>Work Breakdown Structure</i>	59
--	----

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Indicadores de execução	57
Quadro 2 - Indicadores de resultado	57
Quadro 3 - Equipa do projecto	58

RESUMO

Introdução: As quedas nos idosos são dos principais eventos que levam a consequências físicas e psíquicas para além de contribuírem para o aumento dos encargos económicos e sociais. Para a prevenção é necessário investir na segurança através da avaliação e gestão de risco de quedas. Este trabalho incide sobre cuidados de enfermagem para melhoria da segurança do idoso na comunidade.

Objetivo: Prevenir quedas das pessoas idosas admitidas numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados Domiciliários.

Método: Estudo de diagnóstico de saúde das pessoas com 65 e mais anos admitidas na Equipa de Cuidados Continuados Integrados Domiciliário. Para a recolha dos dados utilizou-se a escala de Morse aplicada aos 53 utentes que se inseriram nos critérios de inclusão. Os dados foram analisados com recurso ao programa *Statiscal Package for the Social Sciences* (versão 17.0). Desenhou-se em seguida um projeto de intervenção na comunidade, para a prevenção de quedas na população idosa admitida numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados Domiciliários. **Resultados:** Salienta-se que 86.8% da amostra apresenta risco de queda. Dos quais 49.1% tem um perfil de risco baixo e 37.7% apresentam risco elevado. Apenas 13.2% foram tipificados sem presença de risco. Estes resultados fundamentam a necessidade de construir um programa de enfermagem para prevenção de quedas na pessoa idosa.

Conclusão: Os idosos da ECCI estão sujeitos a determinados fatores que a literatura caracteriza como representantes de risco de quedas, os quais podem ser minimizados ou eliminados através da implementação de medidas preventivas de gestão de risco e promoção da segurança da pessoa idosa na comunidade.

Descritores: Enfermagem em saúde comunitária; idosos; acidentes por quedas.

ABSTRACT

Introduction: Falls in the elderly population are one of the main adverse events leading to an physical and psychological consequences and to an increase of economic and social burden. For it prevention we need invest in patient safety through an assessment and consequent management of the risk. This work is insert in the nursing care to improve the elderly safety in community.

Objective: Prevention of falls in the elderly admitted into the Community Integrated Continual Care Team (ECCI).

Method: Diagnostic study of the health of people aged 65 and over admitted to the ECCI. The instrument used for data collection was the Morse scale, which was applied to 53 patients that presented the criteria for inclusion. The statistical data was analised using the programme Statiscal Package for the Social Sciences (version 17.0). We created a theoretical base relevant to the subject and planned a project of community intervention.

Results: The study shows that in 86.8% of patients studied there exists the risk of suffering a fall of these 49.1% are low risk and 37.7% are high risk. Only 13.2% have no risk. These results prove the necessity to construt a nursing programme for the prevention of falls in the elderly.

Conclusion: The elderly of the ECCI are subject to certain factors that literature characterizes as being representative of risk of falls, wich can be decreased or eliminated through the implementation of preventative measures risk management and security promotion of the elderly in the community.

Key-words: Community health; falls; elderly.

INTRODUÇÃO

Nos dias de hoje vive-se numa cultura e num momento histórico singular e de grande relevo para os Cuidados de Saúde Primários (CSP) em Portugal a par de outros anteriormente vivenciados, não menos significativos. Aproximadamente 30 anos após a criação do Serviço Nacional de Saúde, os CSP continuam a ser reconhecidos como o pilar do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

O exercício de funções nos CSP enquadra-nos numa área privilegiada para promover a saúde e prevenir a doença. Na primeira conferência internacional sobre CSP datada de 1978, a Alma-Ata reconhece a necessidade de adequar os cuidados de saúde às realidades da comunidade e da participação de todos os setores no desenvolvimento da saúde.

Alguns autores reforçam esta ideia e acrescentam que os CSP são considerados o ponto-chave de um sistema de saúde, estando por isso na linha da frente, no primeiro contacto dos cidadãos com os cuidados de saúde, os quais devem ser acessíveis sempre que necessários e presentes na vigilância de todo o processo de saúde e doença e incidir diretamente na promoção da autorresponsabilização e autonomia dos cidadãos nas suas decisões e ações, através da capacitação e empoderamento dos mesmos, coordenando, sempre que necessário, as suas intervenções com outras estruturas de saúde e outros profissionais (Biscaia et al., 2006).

Decorrente das alterações sociodemográficas que desde há alguns anos têm acontecido nas sociedades desenvolvidas, revela-se importante a exigência de soluções inovadoras, num cenário em que os serviços públicos devem privilegiar a efetividade, a eficiência social dos recursos utilizados e a equidade na distribuição dos resultados obtidos (Gonçalves, 2010).

O envelhecimento demográfico e as alterações no padrão epidemiológico e na estrutura e comportamentos sociais e familiares da sociedade portuguesa, vêm determinar novas necessidades no campo da saúde (DGS, 2004).

Os comportamentos familiares dizem respeito principalmente às alterações do papel da família e particularmente da mulher. As famílias tradicionais – alargadas - passaram a dar lugar às famílias nucleares. A mulher que representava a principal cuidadora entra no mundo do trabalho e deixa uma lacuna para quem necessita de cuidados. A taxa de atividade feminina em Portugal é das mais elevadas da Europa (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006). Esta realidade, gera inevitavelmente um processo de substituição dos cuidadores informais tradicionalmente desempenhado pela família e pelos vizinhos, por prestadores institucionais no que respeita à prestação de cuidados de saúde e serviços sociais.

A situação anteriormente descrita tem exigido uma reestruturação e adequação dos serviços de saúde e sociais para dar resposta às necessidades dos idosos, através da criação de serviços de prestação de cuidados com novas tipologias e diversos modelos de organização que visam dar resposta às necessidades deste grupo etário.

Para concretização de tal desiderato, no teor do Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho, o Programa do XVII Governo Constitucional define como meta a instauração de políticas de saúde e de segurança social que permitam desenvolver ações mais próximas das pessoas em situação de dependência, potenciando os recursos locais e criando serviços comunitários de proximidade de modo a ajustar ou criar respostas adequadas à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e as alterações da funcionalidade. Em conjugação com esta política, foram criadas através dessa legislação, as equipas de cuidados continuados integrados (ECCI). Estas equipas domiciliárias de índole multidisciplinar, asseguram a prestação de cuidados de natureza preventiva, curativa e de reabilitação.

Com a constituição das unidades de cuidados na comunidade (UCC) através do Decreto-lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro, que regulamenta a criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde e de unidades funcionais, as ECCI foram integradas nas UCC. Estas unidades dotadas de autonomia organizativa e técnica, através de uma equipa multidisciplinar

prestam cuidados de natureza comunitária a cidadãos e famílias de maior risco e vulnerabilidade.

É como enfermeira especialista em enfermagem na comunidade - vertente geriatria/gerontologia e a exercer funções numa UCC, que surge a motivação para o desenvolvimento de um projeto de prevenção de quedas ao idoso integrado na ECCI.

O desenvolvimento deste projeto não ocorre sem antecedentes. Ele é fruto de uma constatação da observação da realidade vivenciada através da prestação de cuidados na comunidade e sustentada pela análise do índice de avaliação integral (IAI), instrumento de colheita de dados preenchido na admissão do utente, o qual identifica o índice bio-psico-social, considerando um item relativo às quedas. Este revela que um terço dos idosos sofreu pelo menos uma queda no último ano, observando-se alguns com quedas recorrentes. No ano 2012, foram admitidos na ECCI idosos que sofreram de um a quatro episódios de queda no último ano.

Na literatura, as quedas apresentam uma frequência de 76% entre os 65-74 anos e de 90% acima dos 75 anos, sendo consideradas o acidente doméstico mais frequente (DGS, 2004). A OMS destaca as quedas como a segunda principal causa de morte por lesão acidental ou não intencional no mundo, logo após os acidentes rodoviários (Portal da Saúde, 2010). A mesma fonte alude que globalmente as quedas são um problema de saúde pública. Aproximadamente 28% a 35% das pessoas com mais de 65 anos de idade sofrem episódios de quedas (WHO, 2007). Além disso, os idosos com mais de 80 anos têm uma taxa de mortalidade devido a quedas 6 vezes mais alta que os idosos entre os 65 e 79 anos, o que acontece pela sua fragilidade e pela probabilidade de caírem mais vezes (DGS, 2004).

A *National Patient Safety Agency* (2007), refere que as quedas acarretam recursos humanos e financeiros e têm consequências diversas que podem ir desde o *stress* e perda de confiança, até ao aparecimento de lesões que podem causar dor ou sofrimento, perda da independência e ocasionalmente a morte. Estes acontecimentos comportam custos com meios auxiliares de diagnóstico, medicação e internamentos que poderão ser evitados ou minimizados com a aplicação de medidas preventivas.

As quedas são a segunda principal causa de morte por lesão acidental ou não intencional em todo o mundo, logo após os acidentes rodoviários (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2010).

Na União Europeia a taxa de mortalidade devido a quedas é mais elevada, comparativamente com outro tipo de lesões. Em Portugal, segundo o relatório de Acidentes Domésticos e de Lazer Informação Adequada (ADELIA), o principal mecanismo de lesão do grupo etário acima dos 65 anos de idade deve-se à ocorrência de queda.

A Direção Geral de Saúde (DGS, 2012) reporta a queda como o principal mecanismo de lesão, apresentando uma frequência de 76% entre os 65-74 anos e de 90% no grupo etário acima dos 75 anos. A DGS ao elaborar o Programa Nacional das Pessoas Idosas em 2004, estabeleceu um conjunto de medidas que visam a prevenção dos acidentes domésticos.

No que se refere aos indicadores demográficos e de saúde, pode-se caracterizar a situação do Algarve como a de uma região que, apesar de registar algum crescimento demográfico, sustentado por uma população estrangeira jovem, não apresenta indicadores com diferença significativa em relação aos do país (Administração Regional de Saúde [ARS], 2012).

Em Albufeira e particularmente no serviço de urgência básica (SUB), são admitidos em média 20 utentes por mês, com 65 e mais anos que sofreram algum tipo de acidente doméstico. No ano 2011 registaram-se 240 entradas no SUB, segundo dados cedidos pelo Departamento de Planeamento e Estatística da Administração Regional de Saúde do Algarve, IP.

Perante tal realidade e sabendo que os enfermeiros têm vindo a desenvolver competências significativas na promoção da saúde e prevenção da doença através da prestação de cuidados de enfermagem assentes em programas de educação para a saúde, esta problemática revela-se de extrema importância no campo de ação destes profissionais, tendo em vista o alcance de maior bem-estar e qualidade de vida, quer dos idosos, quer das famílias/cuidadores.

Os cuidados de enfermagem ajudam a pessoa a gerir os recursos da comunidade em matéria de saúde e promovem a aprendizagem de forma a aumentar os recursos pessoais,

familiares e comunitários para lidar com os desafios de saúde (Ordem dos enfermeiros [OE], 2002).

No que se refere ao teor do conteúdo funcional do enfermeiro, na alínea b) do artigo 9º do Decreto-lei 248/2009 de 22 de setembro, lê-se que ao enfermeiro compete realizar intervenções de enfermagem requeridas pelo indivíduo, família e comunidade, no âmbito da promoção da saúde, prevenção da doença, do tratamento, da reabilitação e da adaptação funcional.

Atendendo às evidências e porque os enfermeiros são os profissionais de eleição na prevenção primária, pretende-se elaborar um diagnóstico de saúde direcionado para avaliação da problemática das quedas, o qual dará origem à conceção de um projeto de intervenção comunitária no âmbito da prevenção de quedas na população idosa cuidada pela ECCI.

A opção pelos idosos integrados na ECCI, surge por um lado, porque estes constituem um grupo com diversas fragilidades e com idade avançada, o que *à priori*, e de acordo com a literatura, aumenta o risco e a predisposição para sofrerem este tipo de acidente doméstico e por outro lado, porque as quedas e lesões dos idosos frágeis tendem a ocorrer dentro de casa nas atividades de rotina (Duthie & Katz, 2002).

Para avaliação do risco de queda existem diversas escalas. A opção pela escala de morse deve-se ao facto de ser amplamente a mais utilizada e porque se considera ser uma excelente ferramenta ao permitir estratificar o risco e hierarquizar a probabilidade da ocorrência de queda.

Tendo em consideração este aspeto, o projeto foi delineado com base na aplicação da escala de morse inserida no instrumento de colheita de dados, com o intuito de caracterizar os sujeitos do estudo e determinar o nível de risco de queda na população alvo.

A implementação deste projeto visa contribuir para o aumento da segurança da pessoa idosa no domicílio/comunidade.

A seleção do tema foi uma tarefa delicada, porque para além de não existir qualquer diagnóstico de saúde do concelho, implementar projetos numa população que se aproxima

dos 50.000 utentes, urge se equacionar a necessidade de delimitar a grupo menor, para que o projeto seja operacional, exequível e sustentável, tendo em conta os recursos humanos e financeiros disponíveis.

O presente documento encontra-se estruturado em três fases: a primeira – a fase conceptual - constituída pela revisão da literatura nacional e internacional do fenómeno em estudo, a segunda - a exposição metodológica – onde se dá a conhecer o diagnóstico da situação e se insere o desenho do projeto; a terceira, que espelha as considerações finais resultantes do presente estudo.

1- PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA: PREVENÇÃO DE QUEDAS NA PESSOA IDOSA

O presente capítulo encontra-se dividido em duas partes. A primeira corresponde ao enquadramento teórico em que se profere as reflexões fulcrais que envolvem o tema, definindo subtemas que permitem orientar e explanar os conceitos que se consideram como relevantes para compreender o objeto do estudo. Analisa-se as envolventes relacionadas com o processo de envelhecimento e saúde e foca-se os objetivos e a finalidade da prestação de cuidados domiciliários da Equipa de Cuidados Continuados Integrados. Em seguida surge uma abordagem das causas e consequências da ocorrência de quedas e por último as estratégias de prevenção no contexto dos CSP.

Terminando estes capítulos, na segunda parte surge ao desenho do projeto. Esta inicia-se com uma breve caracterização do concelho onde será implementado, seguida de um breve diagnóstico de risco de quedas. Posteriormente, descrevem-se as etapas que o desenho do projeto contempla, desde enquadramento, fundamentos, intervenientes e pressupostos organizativos necessários para a sua concretização.

1.1- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Ao se iniciar um projeto desta natureza torna-se imperativa a elaboração de um quadro teórico que possibilite criar uma linha de orientação para o presente estudo. Este enquadramento teórico permite circunscrever a literatura relevante, o que constitui uma tarefa valiosa porque auxilia o pesquisador na formulação ou esclarecimento do problema de pesquisa, para além de permitir conhecer os trabalhos anteriores sobre o tema em estudo e indicar estratégias, procedimentos e instrumentos específicos que possam trazer resultados na resolução do problema (Polit & Hungler, 1995).

1.1.1- Envelhecimento e saúde

O século XXI é caracterizado pelo aumento do número de idosos, situação que tem vindo a revelar alguma preocupação a nível político, económico e social. Na perspetiva demográfica, Portugal não é exceção relativamente aos restantes países da Europa e do mundo. O grande fenómeno do envelhecimento da população advém diretamente da redução da taxa de natalidade e do prolongamento da esperança média de vida (Oliveira, 2010). Associadas a estas causas surgem outras, como os avanços da medicina com a consequente redução da taxa de mortalidade, o uso generalizado de métodos contraceptivos, condições sociopsíquicas adversas à natalidade como a empregabilidade das mulheres (Oliveira, 2010).

O envelhecimento é um processo de deterioração endógena e irreversível das capacidades funcionais do organismo. Trata-se de um fenómeno inevitável, inerente à própria vida e que corresponde à fase final de um programa de desenvolvimento e diferenciação (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006). Representa um processo dinâmico e complexo, habitualmente lento e progressivo em que ocorrem numerosas alterações declaradas como involutivas. A característica mais evidente do envelhecimento é a diminuição da capacidade de adaptação ao organismo face às alterações do meio ambiente (Imaginario, 2008).

O processo de envelhecimento, para além de ser uma realidade social, é um percurso único e individual, vivenciado de forma particular por cada pessoa. É definido como um conjunto de alterações que ocorrem de forma progressiva na vida adulta, levando à redução da sua performance (Netto, 2006). O envelhecimento não é mais do que um conjunto de modificações morfológicas e fisiológicas que aparecem ao longo da vida e se acentuam à medida que os anos decorrem.

A etiologia do envelhecimento ainda não é de todo conhecida, mas centra-se em fatores genéticos. A pessoa envelhece como um todo, embora o primeiro responsável possam ser as células, os tecidos, os órgãos ou os aparelhos (Oliveira, 2010). Muitas teorias causais ou conjunturais têm sido defendidas para explicar o fenómeno do envelhecimento, mas o

processo ainda não está completamente elucidado e compreendido (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

Quando se aborda este tema, há que considerar a sua dimensão física, psíquica e social, pois a forma como cada pessoa envelhece está relacionada com fatores individuais, com a hereditariedade e com o meio social em que está integrada.

Do ponto de vista biológico, considera-se que a idade está ligada ao envelhecimento orgânico, na medida em que cada órgão sofre modificações que diminuem o seu funcionamento durante a vida, e a capacidade de autorregulação torna-se menos eficaz (Fontaine, 2000).

O envelhecimento corresponde a um conceito de natureza biológica, centrando-se em aspetos físicos, psíquicos, socioeconómicos e culturais. Partilhando as palavras de Fontaine (2000), o envelhecimento é um processo diferencial que revela dados objetivos como as degradações físicas, diminuição tendencial dos funcionamentos percetivos e amnésico e dados subjetivos que constituem a representação que a pessoa faz do seu próprio envelhecimento. Como cada pessoa envelhece de forma única e distinta. Tendo em conta estes ângulos a idade cronológica é diferenciada da idade psicológica e não apresenta influência direta no envelhecimento mental.

No aspeto físico as alterações vão sendo visivelmente progressivas e relacionam-se essencialmente com a diminuição das capacidades sensoriais, enfraquecimento muscular e perda de agilidade. No processo de envelhecimento normal os músculos, os ossos e as articulações sofrem alterações que provocam a redução da massa muscular, da força, da coordenação, acrescida da redução da elasticidade dos tecidos que produz rigidez nas articulações e músculos (Staab & Hodges, 1998).

No aspeto psíquico as mudanças surgem a nível do domínio cognitivo, pois em geral assiste-se a um ligeiro declínio na eficiência verbal e na inteligência. Alguns idosos beneficiam de um funcionamento cognitivo eficiente até ao fim da vida, que pode estar relacionado com fatores suscetíveis de reduzir o risco de um declínio cognitivo precoce, como não sofrer de doenças cardiovasculares ou doenças crónicas, possuir um elevado nível de escolaridade e continuar a participar em atividades intelectuais estimulantes,

treinar a flexibilidade e sentir-se satisfeito com a sua história de vida passada (Oliveira, 2010).

A nível social, o envelhecimento surge associado a diversas metáforas, algumas com uma conotação menos positiva, como idade das perdas, idade da colheita, idade da saudade, outono da vida, o que revela que na sociedade em que vivemos, tem-se assistido a uma visão pragmática de âmbito utilitarista do ser humano, em que as pessoas por norma são apreciadas e consideradas pelas vertentes de “ter” e “poder”, em detrimento do “ser”, o que pode ter significado na imagem social da pessoa idosa por ser impelida para uma situação de improdutividade material (Oliveira, 2010).

O envelhecimento pode ser percebido como um fenómeno patológico, relacionado com o desgaste do organismo. Contudo, não é sinónimo de doença, nem condição essencial para a sua existência, é antes um processo multifatorial que fomenta uma deterioração fisiológica do organismo, e pode ser diferenciado como envelhecimento primário ou normal e secundário ou patológico (Sousa et al., 2006).

Do processo de envelhecimento emergem necessidades que não advêm exclusivamente das alterações fisiológicas normais, mas das patologias associadas e de outros fatores como o isolamento, as dificuldades de apoio familiar, social e o facto de alguns idosos cuidarem de outros idosos (Imagínario, 2008). Sabendo que uma grande percentagem de idosos apresenta pelo menos uma doença que lhe provoca limitações e sofrimento, com a consequente diminuição da qualidade de vida, a saúde surge sistematicamente como o aspeto mais importante na vida das pessoas e, particularmente na vida das pessoas idosas (Imagínario, 2008).

Os problemas de saúde destas pessoas estão geralmente relacionados com o processo de senescência e com diversos outros fatores, entre os quais a diminuição de reservas fisiológicas e o enfraquecimento de mecanismos de homeostasia (Berger & Mailloux-Poirier, 1995). A estes condicionalismos podem-se acrescentar outros relacionados às condições de vida e ambiente, às condições socioeconómicas, às atitudes sociais e aos estilos de vida (Costa, 1998).

A adoção de estilos de vida saudáveis é uma das condições para um envelhecimento ativo, que está assente numa responsabilidade individual e coletiva assumida ao longo da vida, através de uma atitude promotora da saúde. A saúde e bem-estar da pessoa dependem da capacidade de se mobilizar e andar, porque a produção coordenada de exercícios traduz-se em benefícios para a estrutura óssea, articular, muscular, para as paredes viscerais e de todos os órgãos, para o sistema nervoso e psíquico como a atenção, vontade e autocontrolo (Berger & Maillox-Poirrier, 1995). São conhecidas as consequências da falta de exercício físico, como a vulnerabilidade cardiovascular, diminuição dos movimentos respiratórios, fragilidade muscular e esquelética, obesidade, depressão e envelhecimento prematuro (Pereira, 2011).

Promover um envelhecimento ativo é uma das recomendações da DGS através do Programa Nacional para as Pessoas Idosas (2004), porque no último século surgiu um novo estilo de vida na sociedade moderna - o sedentarismo. A vida sedentária necessita ser contrariada dadas as consequências negativas que acarreta para a saúde, para o bem-estar e para a qualidade de vida da população. Esta matéria constitui-se como um foco de atenção para os profissionais e particularmente para o enfermeiro de saúde comunitária.

1.1.2 - Cuidados de enfermagem à pessoa idosa

Os enfermeiros têm uma longa história direcionada para a prestação de cuidados às pessoas nos diversos estadios do ciclo de vida. Os cuidados exigem inúmeras competências e aptidões, revelando-se como uma conduta ética que consiste em descobrir o outro na sua singularidade e em acompanhá-lo com a finalidade de proteger a sua vida, respeitando-o sempre, sem exercer sobre ele o poder (Hesbeen, 2004).

O cuidar e os cuidados têm sido alvo de muita reflexão o que permitiu a construção da essência da prática da enfermagem. O cuidar em enfermagem centra-se na relação interpessoal do enfermeiro com a pessoa cuidada, com a família e com a comunidade (Moniz, 2003). Esta relação terapêutica contornada pela autenticidade, ajuda e empatia é única, porque a individualidade de cada pessoa torna o cuidado singular e de dimensão holística, qualquer que seja o estadio do ciclo de vida da pessoa.

Este paradigma insere-se no construto do cuidar em enfermagem, profissão que tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (Regulamento para o exercício profissional do enfermeiro ([REPE], 1998).

Esta profissão de saúde tem vindo a assistir ao aumento de outras profissões nesta área e à consequente adição dos intervenientes que dão resposta à mesma situação, numa prospetiva diferente. A presente realidade permite a elaboração de um diagnóstico complementar tendo em consideração o âmbito das competências de cada profissão e reconhecendo no papel de cada uma a complementaridade. Neste horizonte a enfermagem existe inserida numa multiplicidade de outras profissões de saúde, entre as quais é intuitiva a discussão dos casos na procura de uma resposta mais abrangente e aprofundada. Em relação a este cariz, o enfermeiro deve desenvolver habilidades de comunicação para com as restantes profissões de modo a identificar o que é importante para a pessoa e família tendo em consideração os pontos fortes e potenciais riscos para a saúde. Este diálogo interdisciplinar deve vislumbrar a construção de um saber holístico que responda às necessidades da pessoa, família ou comunidade.

No que alude à enfermagem, para se responder a estas necessidades deve-se ter presente os seguintes conceitos (Collière, 2003):

- Considerar o que é importante para a pessoa e família;
- Estabelecer prioridades relativamente ao grau de urgência e de importância das necessidades de saúde;
- Atribuir objetivos que devem ser regularmente repensados tendo em conta a evolução da situação;
- Determinar a razão e a zona de intervenção das pessoas que irão trabalhar com a família, esforçando-se por limitar o número de intervenientes, principalmente quando pertencem à mesma profissão;
- Tentar dar resposta progressivamente às necessidades, tendo em consideração que não se pode responder a todas ao mesmo tempo;
- Promover uma continuidade de cuidados.

As etapas anteriores permitem elaborar o diagnóstico de enfermagem considerando que cada pessoa/família tem as suas necessidades que são individuais e que a priorização de resposta deve ser definida em conjunto com o utente e família.

Em cada ciclo de vida identificamos algumas necessidades comuns. Aquelas que se consideram inerentes aos idosos, assumem os seguintes objetivos (OMS, 2010):

- Prevenir a perda de aptidões funcionais;
- Manter a qualidade de vida;
- Manter a pessoa idosa onde ela deseja;
- Dar a poio à família da pessoa idosa;
- Proporcionar assistência de qualidade;
- Contribuir para uma morte tranquila, proporcionando-lhe cuidados adequados.

Os cuidados de enfermagem prestados aos idosos potenciam uma mudança de paradigma, dado que a humanização, qualidade de vida, responsabilização pela saúde e personalização de cuidados constituem premissas que dominam esta área (Berger & Mailloux-Poirier, 1995). De facto, o envelhecimento demográfico favorece o aumento da doença crónica e de comorbilidades associadas à adição da incapacidade e dependência que potenciam a procura de serviços de saúde, representando uma fatia de clientes em crescimento que necessitam de cuidados de enfermagem.

Os cuidados de enfermagem são um conjunto de intervenções autónomas ou interdependentes, mediante os quais o enfermeiro identifica os problemas, recolhe e aprecia os dados, estabelece prioridades, formula os diagnósticos, elabora e realiza os planos, executa os cuidados, avalia os resultados e reformula as intervenções. Esta metodologia é individual e personalizada, de acordo com as características sociais, económicas e culturais do idoso e família/cuidador.

O cuidador principal do idoso em contexto domiciliário tem uma importância extrema, entendendo-se como a pessoa que presta os cuidados ao idoso ou que o acompanha durante a maior parte do tempo. Nem sempre o cuidador é um membro da família. Este papel pode ser desempenhado por um vizinho, amigo ou outro. Para manter as pessoas dependentes ou com fragilidades em casa é preciso assegurar um apoio ou assistência que lhe permita ter as condições para poder continuar no seu domicílio, porque não se pode considerar o apoio domiciliário desintegrado do meio social do idoso. É fundamental procurar com os

próximos (família/cuidadores) o que constitui problema para a pessoa idosa e para eles próprios, e saber quais as suas intenções, a fim de elaborar com eles o projeto de cuidados que permita manter a pessoa no domicílio (Collière, 2003).

Prestar cuidados de enfermagem domiciliários permite conhecer a realidade socioeconómica e familiar em que o idoso vive, reconhecer o seu mundo privado e fazer parte dele. Para os intervenientes (enfermeira, utente e família), o domicílio é considerado como o espaço ideal de cuidados, porque permite ao utente e família cooperarem na manutenção da saúde ou da dependência em ambiente familiar (Duarte, 2010). De facto, prestar cuidados no domicílio faculta o crescimento de uma relação terapêutica com a família que se transforma em sentimentos de utilidade, confiança, satisfação e valorização.

1.1.3- Intervenção comunitária: Equipa de Cuidados Continuados Integrados

Ao longo da história da humanidade a família tem constituído o suporte para os seus membros, apesar do conceito ter sofrido alterações, quer a nível estrutural, quer funcional. A família é a célula fundamental da sociedade e tem como principais funções o desenvolvimento, a proteção dos seus membros, a socialização e a acomodação a determinada cultura (Marinheiro, 2002).

As mudanças constantes da sociedade conduziram ao aparecimento de uma nova realidade assente no abandono de muitas funções que tradicionalmente eram inerentes ao papel da família. Quase todos os serviços que atualmente são assumidos pelo Estado, tais como os serviços educativos, sanitários, de segurança social e assistência às crianças, aos idosos e aos doentes, eram da responsabilidade da família (Imagínario, 2008).

Estas mudanças surgem a par das profundas transformações demográficas, culturais, políticas, sociais e económicas ocorridas nas últimas décadas na sociedade portuguesa, das quais a família não é exceção. A realidade de pesquisas centradas na família tem vindo a construir outros olhares sobre a multiplicidade e complexidade de modelos e configurações atuais.

A família na sociedade atual depara-se com alguns constrangimentos que dificultam a satisfação das necessidades biológicas, psicológicas e sociais, adotando ela própria a posição de objeto de cuidados. São muitas as adversidades com que se defronta no desempenho da sua função de cuidadora, desde a reorganização dos hábitos, redistribuição de papéis, até à mudança de regras. Todas estas contrariedades assumem maior dimensão quando um dos membros da família é idoso e necessita de cuidados no domicílio. Neste caso, algumas famílias manifestam sentimentos de insegurança, e dificuldade em prestar os cuidados que pode estar relacionada com a indisponibilidade de tempo ou desconhecimento das práticas mais adequadas à prestação desse cuidado, porque a família na sociedade atual sofre profundas transformações, contínua evolução ou mesmo crise (Oliveira, 2010).

A família, enquanto cuidador informal e prestador de cuidados a um familiar dependente atravessa diversos estádios. Consideram-se três os estádios que o cuidador atravessa, os quais vão desde a preparação e aquisição de competências para desempenho desse papel; assimilação das tarefas e responsabilidades relacionadas com os cuidados e por último a libertação da prestação que ocorre quando esse cuidado deixa de ser prestado (Sousa et al, 2006). Deste modo, cada estadio abarca diferentes fontes com intensidades distintas de stress, as quais exigem variadas estratégias e mecanismos de minimização e superação.

É importante salientar que a família enquanto cuidadora informal deverá, dentro da dinâmica familiar, desenvolver a capacidade de equilibrar as necessidades do familiar idoso que necessita de cuidados, com as necessidades dos outros elementos que por vez se encontram noutras fases do ciclo de vida e também necessitam dos cuidados da família. A capacidade para manter este equilíbrio e estabilidade, pode não ser fácil nem espontânea, tendendo a desencadear intensa pressão e sobrecarga psíquica.

A família é a estrutura basilar para promover a integração da pessoa idosa na comunidade. A história descreve que as famílias sempre foram alvo de cuidados. Primeiramente os serviços prestados na comunidade começaram por ser desenvolvidos por voluntários que ajudavam os necessitados, tendo posteriormente surgido os técnicos de serviço social que trabalhavam na casa dos pobres (Sousa et al, 2006). O mesmo autor refere que nos anos 70/80 começa a aumentar a formação profissional da população portuguesa e a proliferação dos serviços, acontecimentos que contribuíram em parte para que a intervenção comece a

ser dirigida a uma pessoa, focando o utente no papel de consumidor, mesmo assumindo que há outras pessoas envolvidas.

Mais perto dos nossos dias, no decorrer dos anos 90 e a par da evolução das políticas de saúde e sociais surge o Despacho conjunto nº 407/98 de 18 de junho, estabelecido entre o Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho e da Segurança Social, que projeta uma conjuntura de parceria denominada de Apoio Domiciliário Integrado (ADI) e as Unidades de Apoio Integrado (UAI), serviços que se encaminharam no sentido de constituir respostas integradas dirigidas aos idosos e dependentes inseridos na comunidade.

A tipologia de ADI, no que respeita ao campo da saúde, de acordo com a experiência desenvolvida enquanto enfermeira no contexto desta equipa, era fundamentalmente assegurada por este perfil profissional, o que parecia revelar-se fundamental para ajudar as famílias na aquisição das competências necessárias e adequadas com vista à satisfação das necessidades da pessoa idosa cuidada no domicílio. Para muitos idosos o domicílio, a família e as relações de vizinhança representam a garantia para a manutenção do seu equilíbrio e segurança. Contudo, com o tempo estas duas tipologias de resposta vieram a mostrar-se insuficientes e ineficazes na resolução das dificuldades que justificaram a sua criação, tendo sido limitado o seu impacto face à dimensão do problema (Gonçalves in Simões, 2010).

Surge então, na continuidade da parceria anterior (saúde e social) a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), que prevê a constituição de serviços de internamento e equipas de cuidados continuados integrados. A diferença mais significativa ao nível da saúde, entre esta resposta de parceria e a anterior, deve-se ao facto da mais recente promover o trabalho em equipa multidisciplinar e responder de forma integrada e articulada às necessidades de saúde específicas das pessoas, numa filosofia de continuidade de cuidados.

Associadas à RNCCI criaram-se as unidades de internamento com diversas tipologias (convalescença, média duração e reabilitação, longa duração e manutenção e cuidados paliativos). Estas unidades em regime de internamento são geridas pelos hospitais, pelas instituições particulares de solidariedade social (IPSS) ou por entidades privadas,

constituindo-se como respostas economicamente mais vantajosas que os internamentos em hospital de agudos.

Dadas estas premissas e outras não menos relevantes, que se encontram assentes na sustentabilidade socioeconómica do SNS, no papel do Estado e das famílias, a filosofia que predomina hoje sobre as formas mais vantajosas de responder às necessidades do idoso apela à desinstitucionalização. Defende-se atualmente que a pessoa idosa que necessita de cuidados de saúde e sociais deverá permanecer no domicílio desde que seja possível e existam condições para a prestação dos cuidados que necessita.

A prestação de cuidados domiciliários é assegurada pelas ECCI e equipas domiciliárias de cuidados paliativos. Estas duas equipas apresentam objetivos distintos, face à natureza da prestação de cuidados. Apenas iremos desenvolver conceitos relacionados com a ECCI, por ser a tipologia que importa para este estudo. Estas equipas comunitárias são da responsabilidade dos CSP e prevêem a prestação de cuidados de saúde e sociais dirigidos às pessoas em situação de dependência. As ECCI podem ser constituídas por enfermeiros, médicos, técnicos de serviço social, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala e outros profissionais da área da saúde e social, consoante os recursos afetos a cada ACES e a área geodemográfica de intervenção. Estes profissionais prestam cuidados em regime de trabalho parcial ou a tempo completo. Para além desta resposta de apoio domiciliário de saúde, a nível social através das IPSS, são asseguradas respostas, que em tempos não muito longínquos, foram prestados pelos cuidadores informais - a família. Estas respostas constituem-se através de equipas compostas por ajudantes de geriatria que se deslocam ao domicílio dos utentes para assegurar diariamente ou em dias úteis, consoante a resposta assegurada por cada instituição, a prestação de cuidados de higiene e conforto, entrega de refeições, limpeza da casa e tratamento de roupas.

A realidade atual encontra-se veiculada ao Decreto-lei nº 101/2006 de 6 de junho, com a parceria entre os Ministérios da Saúde e do Trabalho e Solidariedade Social. O Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da RNCCI (2010), considera que a parceria dos dois ministérios veio promover a abertura organizacional a novos modelos de cuidados, com incorporação de paradigmas de respostas intersectoriais e multidisciplinares, orientados para a prestação de cuidados numa visão global de satisfação das necessidades das pessoas e preencher uma lacuna existente em Portugal, colocando

desta forma o país ao mesmo nível dos seus parceiros europeus, no que respeita a políticas de bem-estar.

De acordo com esta legislação que cria a RNCCI, os Cuidados Continuados Integrados são um conjunto de intervenções sequenciais de saúde e de apoio social, decorrente da avaliação conjunta, centrado na avaliação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção social e familiar. Para consolidar esta ideia, pode-se entender que o modelo conceptual encontra-se concertado na promoção da autonomia da pessoa em situação de dependência, de modo a que esta recupere as funcionalidades afetadas pela sua situação de saúde, baseando-se na continuidade de cuidados e articulando os diferentes níveis de cuidados.

No domicílio, as ECCI prestam cuidados de saúde de natureza preventiva, curativa, reabilitadora, ações paliativas e apoio social através de uma equipa multidisciplinar que programa as visitas de acordo com a periodicidade adequada para responder às necessidades do utente/família/cuidador.

No Algarve foram constituídas 28 ECCI que prestam cuidados nos dezasseis concelhos da região (www.arsalgarve.min-saude.pt).

O plano de ação da UCC Al-Buhera (2011) contempla uma ECCI que abrange a população da área geodemográfica do concelho e tem capacidade de 75 lugares, o que permite assegurar a resposta a todos os utentes/famílias que dela necessitam. Esta equipa multidisciplinar, criada em 1997, é constituída por 4 enfermeiros, 1 médico, 1 fisioterapeuta, 1 terapeuta da fala, 1 técnico de serviço social e 2 assistentes operacionais. O horário de funcionamento é das 9h às 20h todos os dias da semana, e das 9h às 16h aos fins-de-semana. Estes horários coincidem com a oferta de cuidados de enfermagem. Os restantes profissionais, à exceção dos assistentes operacionais, prestam cuidados em regime de tempo parcial.

Esta equipa funciona como prestadora e gestora dos cuidados no domicílio. As visitas domiciliárias de cada profissional são agendadas de acordo com as necessidades do utente/família. Por norma, pelo menos uma das visitas é realizada em equipa multidisciplinar.

Relativamente ao transporte para as deslocações ao domicílio, está protocolo com a autarquia a cedência de uma viatura e motorista, para além de existir no Centro de Saúde uma viatura da RNCCI, especialmente destinada para este programa.

A referenciação do utente para esta resposta comunitária, requer uma avaliação clínica (médica e de enfermagem) e social que poderá ser desencadeada pelos Cuidados Diferenciados, pela equipa de saúde familiar dos CSP ou pela equipa das unidades de internamento da RNCCI. A validação de critérios de admissão na ECCI é da responsabilidade da equipa de coordenação local (ECL). Na região do Algarve, existem 3 ECL, uma por cada ACES. A ECL do ACES Central, sediada nas instalações da UCC de S. Brás de Alportel, com a qual a ECCI de Albufeira articula diretamente, é constituída por profissionais de saúde - 2 enfermeiros e 1 médico e por 1 técnico de serviço social do Centro Distrital de Segurança Social de Faro. Esta equipa assegura a articulação entre os serviços da RNCCI, promovendo a admissão/readmissão nas unidades e equipas, em comunicação com a Equipa de Coordenação Regional (ECR). Por sua vez, a ECR é uma equipa regional, sediada na Administração Regional de Saúde do Algarve, à qual compete coordenar a RNCCI a nível regional.

Esta equipa aloca a vaga ao utente, cujo processo informático foi admitido anteriormente pela ECL, mediante validação dos requisitos enunciados no artigo 31º do D.L.101/2006, e nos critérios definidos para a região, os quais recaem essencialmente nas situações de utentes que apresentam:

- Dependência funcional transitória decorrente do processo de convalescença;
- Dependência funcional prolongada;
- Idosos com critérios de fragilidade;
- Incapacidade grave com forte impacto psicossocial;
- Doença severa, em fase avançada ou terminal.

A admissão na equipa é feita através da plataforma informática *Gestcare*, que uniformiza os procedimentos nas unidades e nas equipas comunitárias da RNCCI. Nas primeiras 24/48 h após admissão, a ECCI de Albufeira agenda visita de enfermagem ou em equipa multidisciplinar. A primeira etapa do processo, pressupõe a identificação das necessidades da pessoa/família através delas próprias, no sentido de fomentar a autonomia ao permitir que intervenham com o conhecimento da situação, a perspetiva, as dificuldades, a

expressão das necessidades, as crenças de saúde e de doença, a rede familiar e o cuidador principal (Duarte, 2010).

O enfermeiro avalia a saúde do utente/família e o seu ambiente físico, psíquico, social e económico. Para promover a saúde, o enfermeiro otimiza toda a unidade familiar como alvo de processo de cuidados. Na tomada de decisão identifica as necessidades de cuidados, delinea a prescrição de intervenções de forma a evitar riscos, deteta precocemente problemas potenciais e resolve ou minimiza os problemas reais identificados (OE, 2002). É mediante a elaboração do processo de enfermagem, que a colheita de dados sugere que a história atual se encontra por vezes relacionada com acidentes domésticos sucedidos por quedas.

1.1.4- As quedas na pessoa idosa: das causas às consequências

O risco de ocorrência de eventos adversos na comunidade, é uma realidade que tem levado os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, a desenvolver programas de promoção da segurança da pessoa idosa que promovam a integridade física, psicológica e social. Algumas dessas ocorrências adversas devem-se às quedas. A OMS define queda como a consequência do acontecimento que leva o indivíduo a cair no chão contra sua vontade. As quedas ocorrem devido à falta de equilíbrio postural, o qual poderá ser resultado de várias causas.

A queda pode ainda ser entendida como um deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção em tempo útil, podendo este facto ser resultado de vários fatores que comprometem a estabilidade do organismo, principalmente em idades avançadas, sendo comum considerar a queda como um “síndrome geriátrico”, dada a sua maior incidência nas pessoas idosas (Saraiva et al. 2008).

Pese embora, os acidentes possam ocorrer em qualquer idade, a prevalência é superior a partir dos 65 anos. Os acidentes representam um problema de Saúde Pública, sendo que a queda é considerada a principal causa (DGS, 2012). Os estudos comprovam que aproximadamente 30% dos indivíduos com 65 e mais anos caem uma vez por ano, e metade deles de forma recorrente (Guimarães & Farinatti, 2005). No estudo sobre o perfil

clínico-epidemiológico de pacientes com lesão cerebral traumática atendidos em unidade de emergência, concluiu-se que quanto ao mecanismo de trauma, 42% das lesões se encontravam associadas às quedas e são predominantes no género feminino (Silveira, Miranda, Araújo & Enders, 2011). Perante tais evidências, devem-se organizar os cuidados e pôr em prática programas de prevenção.

Para se desenvolver estes programas há que identificar os fatores de risco associados, que se podem tipificar de acordo com as seguintes categorias (WHO, 2004):

- Fatores intrínsecos
- Fatores extrínsecos;
- Exposição ao risco.

Na categoria referente aos fatores intrínsecos, a mesma fonte alude que o risco está associado aos seguintes requisitos e predomina nas situações apresentadas:

- História anterior de ocorrência de queda;
- Aumenta com a idade;
- É mais frequente nas mulheres que nos homens;
- É mais comum no idoso que vive sozinho;
- Predomina na raça caucasiana;
- O uso de medicamentos como benzodiazepinas associadas às pessoas mais velhas aumenta o risco em 44%;
- O uso de medicamentos psicotrópicos, antiarrítmicos, digoxina, diuréticos, sedativos;
- A associação de mais de quatro medicamentos, independentemente do grupo farmacológico, aumenta o risco em nove vezes;
- O défice cognitivo e o medo de cair são fatores de risco;
- A presença de doenças circulatórias, doença pulmonar obstrutiva crónica, depressão, artrite, diabetes, disfunção da tiroide e incontinência de esfíncteres;
- O comprometimento da força muscular, equilíbrio, dificuldades na marcha e nas transferências;
- Deficiências nutricionais com presença de baixo índice de massa corporal;
- Deficit cognitivo (demonstrado através do questionário do estado mental (25), score <26 (49) ou <24 (54) no Mini-Mental State;
- Deficiência visual: acuidade visual, sensibilidade ao contraste, campo visual, catarata, glaucoma, degeneração macular todos contribuem para o risco de quedas;

- Uso de óculos multifocais (prejudicam a percepção de profundidade, do contraste e das distâncias para a detecção de obstáculos no ambiente);
- Problemas nos pés: deformidades dos dedos, úlceras, unhas deformadas;

Quanto aos fatores extrínsecos, os quais envolvem os riscos ambientais, estudos relataram que representam entre 30% e 50% das quedas entre os idosos residentes na comunidade (WHO, 2004).

Nos riscos ambientais dá-se como exemplo a má iluminação, pisos escorregadios, superfícies irregulares, calçado e vestuário inadequado, ajudas técnicas inadequadas ou mal utilizadas (WHO, 2004).

Para além da configuração outras definições consideram que os fatores de risco podem ser divididos em dois grandes grupos: fatores intrínsecos – diretamente relacionados com o indivíduo e extrínsecos – relacionados com características ambientais e sociais (Calvo & Tavares, 2001 citados em Almeida, Abreu & Mendes, 2010).

As causas extrínsecas reúnem uma série de características inadequadas relacionadas com os espaços, mobiliário, iluminação, existência de obstáculos no meio envolvente, ausência ou inadequação de ajudas técnicas, vestuário inadequado, entre outros (Santos, 2008).

Nos fatores intrínsecos englobam-se alterações fisiopatológicas (ex: diminuição da visão e audição, distúrbios vestibulares, propriocetivos e músculo-esqueléticos, disfunções da marcha, sedentarismo); doenças (ex: cardiovasculares, neurológicas, osteo-articulares, genito-urinárias); distúrbio da marcha e equilíbrio, sedentarismo, estado psicológico, deficiência nutricional, declínio cognitivo, deficiência visual, doenças ortopédicas, estado funcional e consequências do uso de fármacos (Santos, 2008).

Em relação à polimedicação, a diminuição e o uso descontínuo de medicações psicotrópicas incluindo as benzodiazepinas num período de 14 semanas, foi associado à redução dos índices de queda em 39% dos idosos estudados (Campbell, Robertson, Gardner, Norton & Buchner, 1999). Daí que se revele como essencial que a prescrição desta medicação obedeça a uma avaliação criteriosa sobre a real necessidade, e quando prescrita seja feita revisão terapêutica e ponderada a possibilidade de suspensão ou redução

da dose. O objetivo deve ser maximizar todos os benefícios desta medicação para a saúde do idoso e minimizar os efeitos adversos, tais como a ocorrência de queda (Tinetti & Williams, 2007). A DGS também associa os medicamentos psicotrópicos ao risco de queda, contudo encontrou-se igualmente referência aos ansiolíticos, antipsicóticos, antidepressivos, anti-hipertensores, anti-inflamatórios não esteroides, diuréticos, entre outros (Guimarães & Farinatti, 2005). Para além do grupo farmacológico sabe-se que a associação de quatro ou mais medicamentos aumenta o risco de queda (Buksman, Vilela & Pereira, 2008).

Este fator é particularmente significativo, porque é frequente a polimedicação nas pessoas idosas. Sabendo que as alterações decorrentes do processo de envelhecimento normal modificam as características farmacocinéticas e farmacodinâmicas da medicação existe uma associação de risco de queda seis vezes superior entre os idosos que tomam medicamentos e os que não estão medicados (Júnior & Hekmanm, 2002 citados em Santos, 2008).

Para consolidar as ideias anteriores, pode-se afirmar que a ocorrência de quedas se encontra associada a riscos multifatoriais, sendo que os agentes ligados ao ambiente físico representam 30% a 50%, o faz com se encontrem relacionados à causa mais comum no idoso (OMS). Além disso, uma maior fragilidade observada nos fatores intrínsecos, potencia os fatores de risco extrínsecos, que se revelam motivadores da ocorrência de acidentes com a consequente limitação das atividades de vida diária (Pereira, 2011).

Uma vez que cerca da metade das quedas ocorre em meios fechados, o ambiente domiciliário é crítico. Um risco particularmente alto de quedas foi identificado em residências com calçadas irregulares, tapetes não aderentes, fios elétricos soltos e soleiras inadequadas nas portas, e a zona envolvente da residência, como jardins ou passeios de terra, calçadas escorregadias também representam perigosos riscos, como eventuais degraus de entrada para a casa e iluminação noturna insuficiente (Studenski & Wolter, 2002). Estes autores referem ainda que fatores relacionados com o ambiente público também são frequentes para a ocorrência de quedas, mesmo percursos em circuitos bem conhecidos podem pôr em causa a segurança, e devem-se a calçadas com fissuras ou irregulares, obstáculos sem sinalização adequada, superfícies escorregadias e deficiente iluminação.

As *guidelines* recomendam que a avaliação clínica incida sobre intervenções multifocais (incluindo marcha e equilíbrio de força como Tai Chi e fisioterapia), adaptação ambiental para diminuição dos fatores de risco em casa e nas atividades de vida diária, vigilância da acuidade visual e cirurgia a cataratas (quando necessária), redução da medicação, vigilância da tensão arterial e pulso e manter-se atento na ocorrência de arritmias (American Geriatrics Society, 2011).

Para além das sequelas físicas e sociais que a queda traduz na vida da pessoa idosa, as consequências psicológicas não são menos relevantes, porque o medo de que este episódio se repita pode levar à insegurança pessoal, à perda da autoconfiança e à restrição das atividades de vida diária, levando os idosos a se tornarem cada vez mais dependentes por inatividade e imobilidade, com a consequência da diminuição do tónus e da força muscular e do aumento da atrofia muscular, o que por sua vez resulta na possibilidade elevada de quedas recorrentes (Almeida, Abreu & Mendes, 2010).

O medo de queda tem sido relatado entre 12% e 65% dos idosos residentes na comunidade sem história de queda; relativamente aos que caíram, o medo aumenta para valores de 29% a 92% reconhecendo-se como um trauma psicológico (Legters, 2002 citado em Estefani, 2007). Atendendo a esta situação, o foco de atenção nos idosos que têm história de quedas anteriores deve incluir medidas que permitam apoiar estas pessoas, para além de desenvolver mecanismos para reduzir ou evitar quedas recorrentes.

Muitos idosos sentem falta de confiança na mobilidade, o que pode condicionar o desenvolvimento de atividades sociais e de lazer e conduzir ao isolamento social e a depressão, levando a um comprometimento progressivo da capacidade funcional e a recusa em desempenhar as atividades de vida diária (OMS, 2007).

Acredita-se que o medo de queda gera um ciclo de redução da atividade diária, que poderá ter como consequência a diminuição da força muscular e do controle postural, que se poderá tornar num ciclo vicioso, porque estes fatores físicos aumentam o efeito cumulativo de eventos prejudiciais à saúde e intervêm na qualidade de vida dos idosos, nomeadamente na probabilidade de ocorrência de quedas. Quanto às características da queda a maior ocorrência verificou-se na presença de fatores extrínsecos, o que afetou a capacidade funcional do idoso, além de aumentar o medo de cair novamente (Shiaveto, 2008).

Estudos consideram que o grupo de idosos identificado como apresentando ‘elevado medo de queda’ sofreu quatro vezes mais quedas, baixo desempenho no equilíbrio e nas tarefas de mobilidade funcionais, problemas com a capacidade funcional e menor qualidade de vida, quando comparados ao grupo que refere ‘baixo medo de queda’ (Li, 2003 citado em Estefani, 2007).

A prática baseada na evidência (1998), citada pelo *Comité Operativo para la seguridad del paciente da junta de Andalusia*, definem como perfil de risco a pessoa que apresenta:

- Movimentos limitados;
- Alteração do estado de consciência, mental e cognitivo;
- Necessidades de higiene especiais (incontinências);
- Défice sensorial;
- História de quedas prévias (últimos 12 meses);
- Medicação de risco;
- Idade menor que 5 anos e maior que 65 anos.

Para conceptualizar os parágrafos anteriores, pode-se afirmar que a segurança do utente na comunidade passa pelo conhecimento dos fatores de risco de modo a definir estratégias para os eliminar ou minimizar, o que pressupõe o envolvimento da pessoa idosa/família/cuidador em programas que incidam sobre medidas preventivas e promoção do envelhecimento ativo.

1.1.5 – Prevenção de quedas da pessoa idosa na comunidade

O enquadramento dos fatores de risco associados à ocorrência de quedas, capacita para a elaboração de uma análise das envolventes preventivas, atendendo a que os estudos desenvolvidos têm demonstrado que a incidência de queda pode ser significativamente reduzida através de programas de prevenção que visem uma atuação sobre os fatores de risco (OMS, 2004).

Sabendo que a predisposição de uma pessoa idosa sofrer um episódio de queda raramente resulta de um único fator, mas sim da interseção de um conjunto de fatores, a efetividade dos programas de prevenção de quedas no idoso depende de abordagens multidisciplinares

e intervenções multifatoriais (Gillespie, 2008 citado em Roque, Santos, Correia & Moniz, 2009).

Um programa abrangente que toque em cada fator e promova um envelhecimento ativo, permite uma maior consolidação dos fatores preventivos, que ao serem praticados ao longo da vida acarretam benefícios mais significativos tendo em consideração os determinantes da saúde.

Os determinantes da saúde correspondem a fatores individuais e coletivos. Estes determinantes têm sido representados por diversos modelos. O modelo que nos baseamos na elaboração do presente estudo refere-se ao arco-íris de Dahlgreen e Whitehead (1991), citado em Plano Nacional de Saúde [PNS] 2011-2016, o qual pode ser representado como a abordagem holística da saúde ao relacionar todos os fatores e defendendo que só fazem sentido intervenções que integrem articuladamente todos ou o maior número possível.

Na prevenção de quedas, estão envolvidos alguns fatores de risco modificáveis através da mudança de hábitos e comportamentos. Esta manutenção e promoção de estilos de vida saudáveis durante o ciclo de vida estão diretamente associados a ganhos em saúde (DGS, 2001). Neste sentido, a mudança de comportamento que envolva a promoção de estilos de vida saudáveis revela-se como um ingrediente basilar na prevenção de quedas.

Promover estilos de vida saudáveis pressupõe incentivar um conjunto de hábitos e comportamentos de resposta às situações do dia-a-dia, aprendidos através do processo de socialização e constantemente reiterados e testados ao longo do ciclo de vida (OE, 2001).

Cada pessoa desempenha desde criança o seu projeto de vida e de saúde. O percurso de vida saudável deve começar o mais precoce possível para que este seja um caminho contínuo até ao envelhecimento. Sabe-se que, o aconselhamento sobre hábitos de vida à pessoa idosa nem sempre produz o efeito desejado na medida em que pressupõe, em alguns casos, a mudança de hábitos enraizados durante décadas. O Homem é um ser de hábitos e costumes, daí que dificilmente muda os seus hábitos de vida, mesmo quando está informado das consequências nefastas que o mesmo acarreta para a saúde, quer a curto quer a longo prazo.

Defende-se que a decisão de alterar um comportamento depende basicamente de dois fatores: a sensação da ameaça pessoal pelo facto de manter esse comportamento, ou seja, de que isso é prejudicial à sua própria saúde e não somente para os outros (vulnerabilidade apercebida); por outro lado, a confiança em ser capaz de conseguir mudar, considerada como expectativas de êxito (Rosentock, 1988 citado em DGS, 2001). O mesmo autor conclui que a atividade e a boa forma física aumentam a longevidade em cerca de dois anos, protegendo de determinadas doenças como a hipertensão arterial, cardiopatia isquémica, depressão, problemas músculo-esqueléticos, entre outras.

Esta perspetiva vai ao encontro de que a tónica deve incidir na atuação a nível dos estilos de vida, dado que as doenças não transmissíveis representam cerca de 85% do fardo da doença e apenas 40% estão ligados aos comportamentos, 15% às circunstâncias sociais e somente 10% dos resultados da saúde se devem diretamente aos cuidados médicos (Roseira in A Nova Saúde Pública, 2011).

Por tudo isto, nas oportunidades decorrentes da promoção da equidade e acesso aos cuidados para o cidadão evidencia-se a valorização da continuidade de cuidados, cuidados holísticos, próximos e personalizados, como condição essencial para a promoção de estilos de vida saudáveis, a par do aumento da literacia e do empoderamento dos cidadãos e cuidadores informais, dirigido ao autocuidado e acesso adequados aos serviços de saúde (PNS, 2011-2016).

É fundamental reconhecer que o aumento das competências na literacia em saúde tem-se comprovado como um caminho para a mudança, porque adiciona o enfoque na capacidade das pessoas e da comunidade para controlarem a saúde e assumirem a responsabilidade pelas suas decisões e comportamentos (Loureiro & Miranda, 2010). Estes autores salientam ainda que existe relação entre o baixo nível de literacia e pior estado de saúde, porque a pessoa apresenta maior dificuldade em compreender a informação oral e escrita fornecida pelos profissionais de saúde, mais dificuldade em utilizar os serviços de saúde de forma adequada para obter os cuidados de que necessita, realizar os procedimentos apropriados e seguir as indicações prescritas.

A literacia em saúde está relacionada com a educação e promoção da saúde, na medida em que afeta o conhecimento sobre saúde. Educar é conduzir, orientar para levar ao alcance de

um objetivo conhecido e pré-estabelecido, cuja finalidade é essencialmente positiva e benéfica para a saúde.

A promoção da saúde apresenta como princípios básicos, envolver a população como um todo no contexto do quotidiano, dirigir a ação sobre as causas ou determinantes da saúde combinando diversos e complementares métodos ou abordagens, incluindo a comunicação, educação, legislação, medidas fiscais, mudança organizacional, desenvolvimento comunitário e atividades locais espontâneas contra perigos para a saúde, visado a participação efetiva e concreta das pessoas, basicamente em atividades de domínio social e da saúde em que os profissionais dos CSP têm um importante papel no seu desenvolvimento (Loureiro & Miranda, 2010).

Um programa de prevenção tem como pilar fundamental a consciencialização do idoso/família/cuidador em acreditar que a ocorrência de quedas não é um evento normal na velhice, nem uma ocorrência inevitável própria do envelhecimento.

Evitar comportamentos de risco relacionados com os fatores extrínsecos e com outros intrínsecos passíveis de controlar, está na base da consciencialização de que as quedas podem ser prevenidas. Nesta fase a criação de programas educativos com dinâmicas de grupo que permitam a partilha de saberes, vivências, troca de experiências e discussões a respeito das estratégias de prevenção podem ser favoráveis para a mudança de crenças, atitudes e comportamentos (DGS, 2001). Programas de bem-estar e melhoria da qualidade de vida na velhice tendem a ser vistos de forma mais positiva do que os de prevenção de quedas associados à dependência e a mudanças ambientais (DGS, 2001). Programas estes, que devem ser direcionados não só aos idosos, mas, também à comunidade de forma geral, porque a opinião dos outros sobre o problema pode estimular os idosos a mudarem o seu comportamento. O aconselhamento correto e adequado de familiares, amigos e cuidadores pode ajudar a mudar a perspetiva com que as pessoas idosas percecionam o problema das quedas.

Para além de estratégias de grupo, intervenções individuais podem ser definidas para a avaliação de risco e mudança comportamental, nomeadamente promover a visualização de vídeos alusivos ao tema durante o tempo de espera nos serviços de saúde, facultar folhetos aos utentes e à população em geral, afixar cartazes, redigir notas de imprensa para

divulgação na comunicação social, incluir a avaliação do risco de queda e aconselhamento na consulta de enfermagem e implementar uma consulta específica, são algumas das estratégias que contribuem para a consciencialização deste problema e para aumentar o conhecimento e a sensibilização da comunidade. Relembra-se ainda que a visita domiciliária de enfermagem pode constituir um momento privilegiado para concretizar este objetivo, através da aplicação de instrumentos de medida de risco para prevenção de quedas apoiados por guias de observação dos fatores de risco do ambiente.

As visitas domiciliárias têm a vantagem de permitir, para além da identificação de todos os outros fatores, avaliar e identificar os riscos relacionados com o ambiente. O ambiente físico tem um papel significativo em muitas quedas de idosos. Fatores relacionados ao ambiente físico são a causa mais comum das quedas dos idosos, correspondendo a cerca de 30% a 50% desses eventos (OMS, 2010). Para além da avaliação dos fatores de risco existentes, e tendo em consideração o estado de saúde do utente, os programas devem incentivar à prática da atividade física, reforçar a importância de uma alimentação equilibrada e dos riscos da automedicação.

A adoção de práticas de atividade física moderada, ou simplesmente as caminhadas realizadas de forma continuada e sequencial revelam benefícios preventivos e promotores da independência funcional quando realizados durante o período de 30 a 60 minutos por dia, porém algumas sessões de exercícios curtos durante o dia revelam-se tão valiosos quanto a uma sessão mais longa (Health Canada, 2006). O exercício melhora o equilíbrio, a força, a mobilidade, a coordenação de movimentos e o tempo de reação, além de aumentar a densidade mineral óssea nas mulheres após a menopausa. Em pessoas idosas com baixa performance física, a atividade física é um dos principais meios para prevenir quedas (Almeida, 2011).

Quanto à alimentação, uma dieta equilibrada e rica em cálcio é um fator importante. O baixo consumo de laticínios e de peixe está relacionado com a prevalência de quedas e um número cada vez maior de evidências relata que a ingestão de cálcio e vitamina D melhora a massa óssea em pessoas com baixa densidade e reduz o risco de osteoporose e de quedas (WHO, 2007). A mesma fonte refere que os idosos com carência de vitamina D podem estar predispostos a um maior risco de quedas e das fraturas delas resultantes.

Relativamente aos medicamentos, há que considerar as mudanças fisiológicas ligadas ao envelhecimento que influenciam fortemente todas as funções orgânicas, o que provoca a modificação da ação dos medicamentos. Algumas substâncias como a digoxina, antidepressivos, hipoglicemiantes orais e a levodopa são mais atingidos por estas mudanças, sendo por vezes necessário aumentar a dose para conseguir o efeito terapêutico desejado, dado que o processo de envelhecimento torna o organismo menos tolerante e mais vulnerável às substâncias medicamentosas aumentando em cerca de 40% o nível de toxicidade (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

Sabendo que os idosos sofrem com frequência de pluripatologias, motivo pelo qual é frequente a polimedicação há que ponderar o risco de toxicidade. Alguns medicamentos têm como efeitos colaterais astenia e náuseas podendo ocorrer avitaminoses, alterar o equilíbrio eletrolítico e o metabolismo em geral, fatores que se podem revelar como desencadeantes para o risco de ocorrência de quedas (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

No que diz respeito aos fatores relacionados com o ambiente, a avaliação pressupõe a necessidade de uma observação detalhada acerca das condições e características da habitação e das suas componentes (DGS, 2004).

Estes riscos ambientais, no Programa de Prevenção de Acidentes Domésticos em Pessoas Idosas são apontados para o uso de tapetes no chão, os fios elétricos e de telefone desprotegidos, a acumulação de folhas molhadas no chão, o piso escorregadio, a existência de prateleiras de vidro, os armários demasiado altos, entre outros.

Desta forma, a implementação de medidas preventivas na comunidade, passa pelo desenvolvimento de intervenções planeadas para a promoção de estilos de vida saudáveis, em que prevenção deve começar na infância, passando pela mudança de comportamentos ao longo da vida, a fim de promover um envelhecimento ativo. A par destas medidas, devem ser desenvolvidas outras que sensibilizem para a importância e os benefícios deste fenómeno, quer a nível individual, quer coletivo.

É imperativo consolidar a ideia de que é preciso tomar consciência de que a queda é um evento real na vida dos idosos e traz muitas consequências, às vezes irreparáveis. Outras acarretam a incapacidade para realizar atividades da vida diária, a curto ou a longo prazo,

consequências negativas não só para os idosos mas também para a família/cuidador e para os serviços de saúde, que precisam de se mobilizar para o tratamento, recuperação e reabilitação do idoso. Para minimizar as consequências e reduzir os danos provocados pelas quedas, torna-se necessário investir em campanhas que envolvam a prevenção destes acidentes, mantendo um meio de comunicação eficaz que facilite a compreensão e estimule a prática, envolvendo o idoso e a família como participantes ativos do processo.

O enfermeiro ao desenvolver um programa de prevenção de quedas na comunidade, deve avaliar o risco de acordo com as seguintes áreas: mobilidade, deficiência sensorial, cognição e ambiente. Se for encontrado um risco associado a qualquer uma destas áreas, deverão ser planeadas intervenções para possibilitar a correção do risco identificado ou o fator associado ao processo de doença (Roach, 2003). O desenvolvimento de um programa de enfermagem preventivo assenta o foco na identificação dos fatores preditores mensuráveis (Tinetti & William, 2007). Os fatores de risco são variáveis de estudo e incorporam problemas demográficos, médicos e funcionais, daí que a organização de um plano clínico deve abordar os fatores que incluam: capacidades funcionais, contexto ambiental, stressores tóxicos e metabólicos e dificuldades do controle postural (Stuenski & Wolter citados em Duthie & Katz, 2002).

1.2 – DESENHO DO PROJETO

O planeamento em saúde visa um leque de diretrizes fundamentais para orientar os caminhos lógicos do curso de uma política de saúde com uma finalidade assente na melhor qualidade de vida e bem-estar do utente/família e comunidade.

Conhecer as necessidades da comunidade, identificar os problemas reais e potenciais é a essência do enfermeiro de CSP, através de um planeamento sistemático e organizado numa perspetiva multidisciplinar, implicando o setor da saúde e a participação de outros setores com competências sociais, ambientais, económicas, culturais e políticas. Esta metodologia setorial que envolve os vários recursos da comunidade, permite a oferta de respostas abrangentes e multifatoriais tendo em conta o diagnóstico de saúde de cada comunidade.

1.2.1- Diagnóstico da situação

O planeamento em saúde requer a elaboração de um diagnóstico da situação suficientemente aprofundado para explicar as causas dos problemas de saúde. Desta forma, para se compreender melhor o tema em estudo, torna-se pertinente espelhar algumas considerações que envolvem a comunidade onde será implementado (Imperatori & Giraldes, 1993).

1.2.1.1 – Caraterização do concelho de Albufeira

Este concelho do qual se desconhece as suas origens, era uma importante povoação pela existência de um porto marítimo. Foi ocupada pelos romanos que lhe deram o nome de Baltum. Contudo, o topónimo Albufeira provém da denominação árabe “Al-Buhera”, que significa “castelo no mar”, existindo hoje apenas vestígios desse monumento (Portal do Município, 2012).

D. Manuel I concedeu o foral a vila em 20 de agosto de 1504. Esta vila foi das mais fustigadas pelas catástrofes naturais, mas foi o terramoto de 1755 que causou maiores estragos. O mar invadiu a vila com ondas que atingiram os 10 metros de altura, deixando apenas 27 habitações num estado muito degradado. A Igreja Matriz, antiga mesquita árabe, adaptada ao culto cristão, desabou causando 227 vítimas que se haviam refugiado naquele local (Portal do Município, 2012).

A partir de meados do século XIX verificou-se um desenvolvimento da economia, graças a atividade piscatória e na primeira metade do século XX aumentou a exportação de peixe e frutos secos, oriundos das 5 fábricas que existiam na vila e empregavam cerca de 750 pessoas, a grande maioria mulheres de pescadores (Portal do Município, 2012).

Nos anos de 1930 e 1960 registaram-se tempos de decadência, as armações da pesca arruinaram-se, as fábricas fecharam e muitas pessoas partiram em busca de uma vida melhor (Nobre, 2009). Mas, a partir dos anos 60, começou uma súbita expansão turística que eclodiu uma rápida valorização dos edifícios existentes e dos terrenos para construção,

juntamente com o progressivo número de serviços, os quais contribuíram para o aumento de postos de trabalho (Nobre, 2009).

Atualmente o turismo ainda é o grande motor da economia do concelho. O concelho de Albufeira, é constituído por cinco freguesias: Albufeira, Ferreiras, Guia, Olhos de Água e Paderne. Ferreiras, é uma povoação situada a 5 km a norte de Albufeira, Guia a 6km a oeste e Olhos de Água a 6 km a leste. Esta última caracteriza-se por uma pequena povoação piscatória, eleita como um dos principais pontos turísticos do concelho. Paderne, localizada no barrocal algarvio, dista a 12 km de Albufeira. A sua principal atividade é a agricultura, sendo a freguesia que apresenta maior índice de envelhecimento, relativamente às demais (Albufeira.com).

O concelho tem 30 km de orla marítima que dá origem a 23 praias (Portugal virtual).

O turismo continua a ter grande predominância, porque desde os anos 70 que Albufeira tem a maior concentração de alojamento turístico da região. Como consequência associa-se uma vasta oferta de postos de trabalho, sobretudo na época alta. Este fenómeno contribuiu para promover o aumento da população residente. Albufeira duplicou a população nos últimos 50 anos. Os indicadores de natalidade, são dos mais expressivos da região, o que contraria a tendência para o envelhecimento populacional. (Plano Diretor Municipal [PDM], 2004).

Em Albufeira o índice de dependência de idosos (22%) é inferior ao da região (29.7%), apenas a freguesia de Paderne assume uma estrutura etária envelhecida (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2011). Relativamente ao índice de envelhecimento, no país atinge o valor de 122.9%, e na região do Algarve os valores são de 122.5%, comparativamente com o concelho de Albufeira que regista 81.3%, segundo dados facultados pelo mesmo instituto.

O concelho ocupa uma área de 140.57 km² com uma densidade populacional de 288.7 hab/km² e com uma população residente de 40 612 habitantes (INE, 2011). De acordo com Sistema Informação Nacional Utentes da Saúde (SINUS) à data de 31 de dezembro de 2011, a população inscrita no Centro de Saúde totalizava 51.450 utentes. A discrepância entre os residentes e os inscritos justifica-se porque alguns utentes habitam nos concelhos limítrofes, mas encontram-se inscritos nesta unidade de saúde.

No que respeita aos setores de atividade do concelho, o setor primário apresenta uma ínfima parte na estrutura económica, e é praticamente assegurada por cidadãos com idade superior a 65 anos. Na freguesia de Albufeira predomina a atividade piscatória e na de Paderne a agricultura. Nos últimos anos com o desenvolvimento do turismo e a abertura da marina, os barcos de pesca têm vindo a dar lugar às embarcações de recreio. O setor secundário no concelho expressa-se de forma pouco evidente, existindo pouco mais que algumas de extrações de calcário. O setor terciário representa um destaque na economia concelhia, graças à atividade turística (PDM, 2004).

A nível de estruturas de saúde, em todas as freguesias existem extensões do Centro de Saúde, que de acordo com a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, constituíram-se unidade de cuidados de saúde personalizados. Para além desta unidade, a sede do concelho tem uma unidade de cuidados na comunidade, uma unidade de cuidados de saúde personalizados e ainda um serviço de urgência básica que funciona diariamente durante 24 horas (www.arsalgarve.min-saude.pt).

1.2.1.2 – Estudo da população alvo

Partindo da perceção das necessidades da pessoa idosa e atendendo que os recursos disponíveis seriam insuficientes e não permitiriam alargar o projeto a toda a população idosa do concelho, ou de uma freguesia, foi necessário definir prioridades de acordo com a necessidade que se revelasse de maior pertinência, condição substancial para o sucesso do projeto de intervenção. A noção de necessidade, no contexto do planeamento em saúde, expressa-se pela noção de que há certas intervenções preferíveis a outras, tanto em função dos resultados esperados, como em virtude da eficácia e eficiência dos meios a empregar para as obter (Imperator & Giraldes, 1993).

Atendendo a esta realidade e porque os enfermeiros da ECCI diariamente concretizam visitas domiciliárias em todo o concelho, o que lhes permite deter uma visão concreta e aprofundada das problemáticas de saúde da população idosa, este conhecimento revelou-se como um fator facilitador para a escolha da área prioritária sobre a qual deveria incidir o diagnóstico de saúde.

O diagnóstico que a seguir se elabora emergiu da necessidade de explicar ou melhor compreender o problema constatado na prática diária, cuja consolidação teve origem a partir da observação do Índice de Avaliação Integral. Este instrumento é um requisito de preenchimento obrigatório para os utentes admitidos na ECCI e contempla a avaliação de quedas relativamente ao último ano. Ao analisar estes dados, confirmou-se uma elevada prevalência de quedas, que motivou o desenvolvimento deste estudo.

Ao se iniciarem os formalismos que um projeto desta natureza pressupõe, elaborou-se o pedido de autorização ao ACES Central (anexo I). Posteriormente, debruçamo-nos sobre o planeamento deste projeto, que teve como ponto de partida o diagnóstico da situação relativo ao risco de queda da pessoa idosa admitida nesta ECCI.

A metodologia insere-se na abordagem quantitativa. Trata-se de um estudo descritivo e transversal, na medida em que consiste em descrever um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra (Fortin, 1999). Ainda de acordo com este autor, o instrumento de colheita de dados considerado foi a escala de medida (apêndice I), por permitir caracterizar a população alvo e realizar o diagnóstico da situação face à prevalência de quedas na pessoa idosa admitida na ECCI de Albufeira. As variáveis em estudo tiveram como referência a escala de Morse e fatores predisponentes de quedas que se encontram descritos no Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (DGS). A colheita de dados realizou-se entre o dia 21 e o dia 31 de agosto de 2012 e teve por referência a consulta dos registos clínicos no processo do utente.

Considera-se população alvo, os utentes admitidos nesta equipa durante o ano de 2011, por ser representativa, dado coincidir com o ano civil completo. Quanto à selecção da amostra, consideram-se critérios de inclusão:

- Estar admitido na ECCI;
- Ter idade igual ou superior a 65 anos;

A população alvo corresponde a 72 utentes, dos quais 53 apresentam critérios para inclusão da amostra.

Os dados recolhidos foram tratados com base em procedimentos estatísticos, descritivos e inferenciais, para possibilitar a interpretação dessa informação através da aplicação

informática *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 17.0. As tabelas seguintes espelham os resultados obtidos relativos à amostra, que corresponde a 53 pessoas com 65 e mais anos, das quais 22 são do género masculino e 31 do género feminino.

Tabela 1 - Distribuição da população por género

	n	%
Masculino	22	41.5
Feminino	31	58.5
Total	53	100.0

De acordo com a tabela 1, na população alvo predomina o género feminino (58.5%), o que reproduz as estatísticas nacionais que evidenciam que a esperança média de vida das mulheres é superior à dos homens. A revisão da literatura revela que as quedas são mais frequentes nas mulheres que nos homens.

Tabela 2 - Distribuição da população por grupo etário

	n	%
Dos 65 aos 69 anos	3	5.7
Dos 70 aos 79 anos	11	20.7
Dos 80 aos 89 anos	26	49.1
Igual ou superior a 90 anos	13	24.5
Total	53	100.0

Através da análise da tabela 2, pode-se verificar que a população é bastante envelhecida. O grupo predominante corresponde aos grandes idosos com idades compreendidas entre os 80-89 anos (49.1%), seguindo-se o grupo acima dos 90 anos (24.5%). Esta evidência pode estar relacionada com o facto da idade avançada aumentar a probabilidade de contrair doenças e de diminuir a autonomia.

Tabela 3 - Distribuição da população de acordo com a coabitação

	n	%
Sozinho	4	7.5
Com o cônjuge	21	39.6
Com o(s)filho(s)	16	30.2
Com o cônjuge e filho(s)	8	15.1
Outros	4	7.5
Total	53	100.0

Segundo a tabela 3, os utentes que integram a população alvo vivem maioritariamente com o cônjuge (39.6%), predominando o tipo de família nuclear. Outros coabitam com os filhos (30.2%). Encontram-se ainda famílias alargadas, em que a coabitação é conjunta com o cônjuge e filhos (15.1%). Contudo, também se distinguem famílias unitárias de utentes a viver sós (7.5%), o que revela alguma preocupação, dado se tratar de idosos que necessitam de cuidados de saúde.

Tabela 4 - Distribuição da população de acordo com a toma de medicamentos psicotrópicos

	n	%
Sim	19	35.8
Não	34	64.2
Total	53	100.0

Na tabela 4 pode-se observar que a maioria da população não toma medicação psicotrópica (64.2%). Cerca de 35.8% da população alvo toma medicação deste grupo terapêutico. Estes medicamentos são considerados como um fator predisponente para a ocorrência de quedas. Atendendo à associação de outros fatores, como a idade e viver só, o risco acresce.

Tabela 5 - Distribuição da população de acordo com as seguintes patologias

	n	%
Artroses	9	17.0
Depressão	7	13.2
Doença pulmonar crónica	1	1.9
Outras doenças	36	67.9
Total	53	100.0

A tabela 5 faz alusão às patologias consideradas como fator de risco. Verifica-se a presença de artroses, depressão e doença pulmonar crónica. Na sua maioria, a população estudada não apresenta nenhuma das patologias anteriores (67.9%), apenas 17.0% apresentam artroses e 13.2% têm depressão. Em cerca de 1.9% da amostra foi diagnosticada doença pulmonar crónica. Não se identificam idosos com associação de mais que uma destas doenças.

Tabela 6 - Distribuição da população de acordo com a diminuição da acuidade visual

	n	%
Sim	49	92.5
Não	4	7.5
Total	53	100.0

De acordo com a tabela 6, observa-se que a grande maioria (92.5%) apresenta diminuição da acuidade visual, contrariamente a 7.5% dos idosos que não mencionam comprometimento da acuidade visual.

As tabelas seguintes incluem as variáveis consideradas como predisponentes para o risco de queda, segundo a Escala de Morse.

Tabela 7 - Distribuição da população de acordo com a história de quedas repentinas ou ocorridas no período de 3 meses

	n	%
Não = 0p	30	56.6
Sim = 25p	23	43.4
Total	53	100.0

A tabela 7 demonstra que na população estudada, a diferença na variável não é muito significativa. Não predominam as quedas repentinas ou ocorridas no período de 3 meses em 56.6% dos idosos, contrariamente a 43.4% que relata este evento.

Tabela 8 - Distribuição da população com diagnóstico secundário associado

	n	%
Não = 0p	17	32.1
Sim = 25p	36	67.9
Total	53	100.0

Em termos de patologias, verifica-se na tabela 8 a predominância dos idosos que apresentam diagnóstico secundário (67.9%), face àqueles que apenas têm uma patologia diagnosticada (32.1%). Esta evidência confirma a predominância de pluripatologias na população alvo.

Tabela 9 - Distribuição da população segundo a necessidade de ajuda para deambular

	n	%
Nenhuma; repouso não leito; cadeira de rodas; outra pessoa = 0p	37	69.8
Canadianas; bengala, andarilho = 15p	15	28.3
Mobiliário = 30p	1	1.9
Total	53	100.0

Quanto à atividade de vida locomoção, a tabela 9 reflete que a maior percentagem (69.8%) corresponde à população que não necessita de ajuda para deambular, por ser acamado, deambular em cadeira de rodas ou com ajuda de outra pessoa. Em seguida surgem aqueles que necessitam de ajudas técnicas (28.3%) e os restantes deambulam apoiados no mobiliário (1.9%).

Tabela 10 - Distribuição da população segundo a administração de medicação Intravenosa (IV)/uso de heparina

	n	%
Não = 0p	45	84.9
Sim = 20p	8	15.1
Total	53	100.0

De acordo com a análise da tabela 10, a grande maioria da população (84.9%) não se encontra medicada por via IV/uso de heparina. Em contrapartida outros idosos estão medicados por via IV/uso de heparina (15.1%).

Tabela 11 - Distribuição da população segundo a capacidade de andar/transferência

	n	%
Normal/repouso no leito/imóvel = 0p	31	58.5
Fraco = 10p	19	35.8
Prejudicado = 20p	3	5.7
Total	53	100.0

Analisando a tabela 11, pode-se concluir que na variável relativa à capacidade de andar/transferência é no grupo que mantém esta atividade de vida normal/repouso no

leito/imóvel que apresenta maior representatividade (58.5%). Seguidamente identificam-se os idosos que têm fraca capacidade de andar/transferência (35.8%). Com menor valor estão aqueles cuja capacidade de andar/transferência se encontra prejudicada.

Tabela 12 - Distribuição da população segundo o estado mental

	n	%
Orientado para a própria capacidade = 0p	27	50.9
Esquece as limitações = 15p	26	49.1
Total	53	100.0

A tabela 12 evidencia que em relação ao estado mental, os idosos que se encontram orientados não diferem muito daqueles que têm esta faculdade alterada. A população que se apresenta orientada para a própria capacidade é de 50.9%, e aquela que esquece as limitações é de 49,1%, apresentando este grupo maior probabilidade para cair.

Tabela 13 - Distribuição da população quanto ao nível de risco de quedas, segundo a Escala de Morse

Nível de Risco	Score	n	%
Sem risco	0-24	7	13.2
Risco baixo	25-50	26	49.1
Risco elevado	≥51	20	37.7
Total		53	100.0

Atendendo aos cinco últimos itens, os quais fazem parte da Escala de Morse, verifica-se através da tabela 13, que a maior percentagem de idosos apresenta baixo risco de queda (49.1%), seguida de 37.7% que apresenta risco elevado e apenas um valor de 13.2% não apresenta qualquer risco.

Conclui-se que 86.8% desta população apresenta risco de queda, o que suscita a necessidade de implementação de medidas preventivas que evitem a ocorrência deste evento.

1.2.2.- Enquadramento do projeto

A conceção de um projeto na comunidade poderá envolver diversas áreas sociais ou de saúde. O presente documento refere-se a um projeto que assenta na área da saúde, tendo por base a promoção da saúde e a prevenção da doença.

O conceito de saúde tem evoluído ao longo dos anos acompanhando as mudanças socioculturais e políticas. De acordo com a OMS, a promoção da saúde é considerada um processo que assegura às pessoas os meios para terem maior controlo sobre o seu nível de saúde e serem capazes de o melhorar (OMS, citado em Loureiro & Miranda, 2010). Deste modo, passa a considerar-se a saúde como a capacidade para desenvolver o potencial próprio e responder de forma positiva e favorável aos problemas do ambiente, sendo encarada como uma componente indispensável ao desenvolvimento económico.

A proteção da saúde é um direito consagrado na Constituição, e no que se reporta às palavras de Roseira (in A Nova Saúde Pública, 2011), é um direito que não só interessa ao próprio, mas também à comunidade em que se insere pelo que se consolida não só através das prestações dirigidas às pessoas concretas, como através das atuações que se dirigem à comunidade.

Atualmente o modelo de desenvolvimento da saúde integra os valores da democracia e do *empowerment* dos cidadãos e da comunidade, o que explica os fenómenos de saúde e da doença numa perspetiva sistémica e holística.

Deste modo, a educação para a saúde e a promoção de comportamentos saudáveis, assumem uma tónica importante na prevenção da doença, assente na pró-atividade e no envelhecimento ativo, quando dirigida à pessoa idosa.

Sabe-se que a pessoa idosa se encontra, em conjunto com as crianças e jovens no grupo especialmente vulneráveis a acidentes. Nos idosos os acidentes domésticos são os mais frequentes, e as quedas assumem o lugar de destaque pela frequência em que ocorrem.

A OMS (2010) define que a pessoa sofre uma queda quando fica inadvertidamente no solo ou em outro nível inferior, excluindo mudanças de posição intencionais para se apoiar em

móveis, paredes ou outros objetos. O relatório desta organização, sobre prevenção de quedas na velhice, salienta que após as quedas que originaram fraturas do fêmur, 20% das vítimas morrem após o período de um ano.

Adicionalmente, as quedas podem também resultar em síndrome pós-queda, que inclui dependência, perda de autonomia, confusão, imobilização e depressão, que levarão a restrições das atividades de vida diárias.

A DGS (2012) considera que estes acidentes são um grave problema de saúde pública, devido à elevada incidência, às complicações para a saúde e aos custos assistenciais. Reforça ainda que se afiguram como um impacto significativo na vida das pessoas e encargos financeiros elevados devido a cuidados de emergência, tratamentos e hospitalizações. Pode dizer-se também, que a maior parte dos acidentes ocorre em casa, sendo a queda a principal causa, cuja frequência é de 75% das pessoas com idade compreendida entre os 65 e 74 anos e de 90% com mais de 65 anos (DGS, 2012).

Em Portugal no ano 2005 verificaram-se 32 330 acidentes domésticos e de lazer, dos quais 2 768 aconteceram em pessoas com idade superior a 75 anos, sendo o principal mecanismo de lesão - a queda, que representou 89.7%, dos quais 30.6% dos acidentes ocorreram em homens e 69.4% em mulheres (ADELIA, 2006). Desta forma, depreende-se que o fenómeno “queda” é mais frequente no género feminino, do que no masculino.

As quedas são a causa mais frequente de internamento hospitalar por lesões traumáticas. Espada (2012), estudou as políticas e estratégias de prevenção de quedas em idosos a viver na comunidade e conclui que os idosos que caem uma vez, duplicam ou triplicam as probabilidades de sofrer quedas recorrentes.

A prevenção de acidentes domésticos, e particularmente das quedas, podem ser evitados através de medidas preventivas eficazes assentes no desenvolvimento de boas práticas que irão contribuir para a qualidade dos serviços de saúde, e contribuir para os ganhos em saúde preconizados no PNS (2011-2016).

O documento supra referido, prevê que o Sistema de Saúde assuma a responsabilidade de promover, potenciar e preservar a saúde da população, reconhecendo potencial individual,

ao longo do ciclo de vida, em cada momento e contexto. Reforça ainda, que a saúde não se acumula, mas resulta de um histórico de promoção de saúde e prevenção da doença e da adoção de comportamentos saudáveis que se perfilham ao longo do ciclo de vida.

Inserido nesta filosofia, evidencia também a oportunidade de intervenção precoce a nível dos fatores de risco, como condição essencial para a prevenção da doença crónica e das complicações, pelo rastreio, diagnóstico precoce e promoção da adesão terapêutica, bem como pela reabilitação e/ou integração da pessoa com limitações funcionais.

Além disso, aponta para Portugal como um país em que o cancro e as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte e as patologias e disfunções mais frequentes são do foro da saúde mental como a depressão, a doença de Alzheimer, incluindo também quedas e acidentes.

Contemplando este cenário, o Sistema de Saúde Português tem vindo a desenvolver-se no sentido de contribuir para um processo de planeamento em saúde a todos os níveis, onde se equaciona a responsabilidade de identificar necessidades de saúde, grupos vulneráveis em matéria de saúde e intervenções prioritárias capazes de alcançar esses ganhos com os recursos disponíveis.

Sabendo que os idosos constituem um grupo vulnerável, que acresce cuidados de saúde específicos, o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, surge como medida para promover o envelhecimento ativo, a adequação de cuidados às necessidades das pessoas idosas e a promoção de ambientes favoráveis.

Reportando-nos a nível regional, e particularmente ao Agrupamento de Centros de Saúde Algarve I- ACES Central, este apresenta como objetivos na área dos CSP, contribuir para a obtenção de ganhos em saúde, promover a saúde e a sua vigilância, promover a prevenção, o diagnóstico, o tratamento da doença, a reabilitação e o desenvolvimento de atividades específicas dirigidas globalmente ao indivíduo, à família, a grupos especialmente vulneráveis e à comunidade, garantir a humanização dos cuidados e os direitos dos utentes, melhorar o acesso e a adequação à oferta de serviços, melhorar a eficiência técnica e económica, potenciar a inovação e a integração das intervenções em saúde, promover as boas práticas clínicas e de ação comunitária, capacitar os recursos humanos e reforçar a

articulação institucional e desenvolver atividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados e participar na formação de diversos profissionais (Administração Regional de Saúde do Algarve [ARS] IP, 2011).

Os recursos de saúde a nível local centram-se nos Centros de Saúde, que de acordo com a reforma dos CSP, assentam em diversas unidades funcionais, das quais se destacam as UCC. Tendo em consideração a legislação em vigor, esta unidade assume uma carteira de serviços cuja resposta é praticada em articulação com as demais unidades e parcerias, e tem como objetivo a prestação de cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito comunitário e domiciliário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco, dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo.

À UCC compete constituir a ECCI. Esta equipa multidisciplinar presta cuidados domiciliários às pessoas dependentes, famílias e/ou cuidadores no âmbito da RNCCI.

Através deste projeto, o enfermeiro no desenvolvimento da prestação de cuidados tem oportunidade de trabalhar com os utentes e as famílias, numa ótica comunitária, o que promove a aquisição do conhecimento das necessidades do utente/família. Sabendo que este grupo é heterogéneo, as estratégias a desenvolver deverão ser diversificadas e adequadas às necessidades da população alvo de cuidados.

1.2.3 - Justificação do tema

O PNS (2011-2016), refere que os Sistemas de Saúde orientados para os CSP, como cuidados holísticos, de proximidade, continuidade e transversais, mostram melhor desempenho, melhores resultados, mais equidade e acessibilidade, melhor relação custo-benefício e maior satisfação do cidadão.

A complexidade de respostas dirigidas às necessidades da pessoa idosa depende de diversos fatores (organização social e familiar, participação das mulheres no mercado do trabalho, organização do sistema de saúde e de apoio social), sendo certo que o valor que a

sociedade atribui aos mais velhos determina fortemente o nível de desenvolvimento e modo de funcionamento das respostas existentes.

De acordo com o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2011), a OCDE vai duplicar ou talvez triplicar, até 2050 os gastos direcionados para os cuidados aos idosos dependentes. Segundo esta organização, é preciso melhorar a gestão do atendimento e os cuidados disponibilizados aos idosos, pois especula-se que a população de 80 anos ou mais, passe dos atuais 4% para 10% nos países-membros da União Europeia, até ao ano 2050.

Atendendo à oferta de serviços de saúde em Portugal e como enfermeira em exercício de funções nos CSP desenvolve-se a missão de prestar cuidados assentes na prevenção primária, secundária e terciária, cada vez mais absorvidos pelas práticas geriátricas. O envelhecimento demográfico, nas últimas décadas, tornou-se uma das principais preocupações dos intervenientes no domínio da saúde, o qual deve ter como consequência a influência das práticas dos seus atores. Sabendo que um sistema de saúde que se centra fundamentalmente na cura tem poucos recursos para oferecer à população idosa, porque a maioria tem problemas crónicos, a enfermagem tem de continuar o seu caminho de evolução e ampliação do seu campo de ação a fim de se debruçar sobre os problemas do envelhecimento normal e patológico (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

Assiste-se à necessidade de continuar a desenvolver cuidados na comunidade, por se revelarem como serviços promotores da melhoria da qualidade de vida, reduzindo internamentos e despesas (PNS, 2011-2016). A prestação de cuidados na comunidade assenta na visita domiciliária preventiva. Os cuidados de saúde domiciliários são a componente de um cuidado de saúde global em que os serviços de saúde são prestados com a finalidade de promover, manter ou recuperar a saúde, ou de maximizar o nível de independência (Stanhope & Lancaster, 1999). Estes cuidados são planeados, coordenados e adequados às necessidades da pessoa e família.

A dependência nas atividades de vida está relacionada com o aumento de quedas (Santos, 2008). Este autor no seu estudo concluiu que os idosos que se enquadram na faixa etária dos 75 aos 84 anos e são dependentes nas atividades: comer, tomar banho, vestir-se, mobilizar-se e eliminar, têm uma probabilidade de cair 14 vezes superior às pessoas da

mesma idade que são independentes. As pessoas com idade superior a 74 anos que necessitam de ajuda para as atividades de vida diária têm uma probabilidade de cair 20 vezes superior, comparativamente com pessoas independentes da mesma idade, resultando em mais de 90% de fraturas da anca, maioritariamente em idosos com mais de 70 anos (*American Academy of Family Physicians*, 2000).

Sabendo que a queda no idoso resulta do somatório de diversos fatores, e que estes estão identificados na literatura, torna-se oportuna a implementação da visita domiciliária para identificar os riscos e planear estratégias de intervenção dirigidas à população idosa e aos seus cuidadores e famílias, de modo a contribuir para a diminuição da prevalência de quedas na comunidade. A prevenção das quedas assume uma importância singular pelo potencial que representa na diminuição da mortalidade e morbilidade da pessoa idosa. Os programas que integrem um plano individual de cuidados como medida proactiva de prevenção têm significado para a melhoria das determinantes da saúde na população idosa.

1.2.4 - Metodologia

A metodologia de intervenção pressupõe a clarificação das fases inerentes à elaboração deste projeto. A primeira etapa corresponde à elaboração do diagnóstico da situação, a qual se encontra descrita e analisada no estudo. A fim de melhor compreender os procedimentos metodológicos inerentes ao desenvolvimento deste projeto definiram-se as seguintes etapas que passamos a descrever:

Envolvimento dos *stakeholders*:

Esta fase de planeamento apoiou-se em reuniões efetuadas com o objetivo de audição de opiniões e sugestões de melhoria. Estas sugestões serviram como ponto de partida para as atividades inerentes à validação dos requisitos e o desenho do projeto.

Os parceiros da autarquia consideram uma mais-valia para a população idosa do concelho, dados os benefícios para a saúde e porque se revela como uma forma de rentabilização da parceria existente. Quanto à parceria com a autarquia, foi sublinhado que poderíamos usufruir diariamente das 9h às 17h de motorista e viatura para deslocação dos profissionais da ECCI.

Envolvimento da equipa multidisciplinar

O projeto assumiu este desenho, com o propósito de rentabilizar os recursos humanos e logísticos existentes, dado que a sensatez nos permite ter plena consciência que só assim seria possível concretizar a sua implementação. Esta reflexão relativa aos custos tem em mente os constrangimentos orçamentais com que o Serviço Nacional de Saúde se confronta nos dias de hoje.

Sensibilização da população alvo

O interesse, o envolvimento e a motivação da população alvo para participar no projeto é um requisito indispensável para o seu sucesso. Desde que a equipa multidisciplinar se envolveu, demonstrando todo o interesse na sua implementação, começou a partilhar com os idosos a sua concretização, de modo a que estes ficassem sensibilizados com a problemática da ocorrência do risco de quedas, suas consequências e estratégias de prevenção.

A estas fases, seguem-se outras não menos importantes que correspondem à execução do projeto, as quais são explanadas num capítulo dirigido especificamente para o tema.

1.2.5- Objetivos e finalidade

Após definição do problema e descrição das etapas metodologias das actividades desenvolvidas, surge a necessidade de se fixar objetivos. Os objetivos emergem do sentido de alcançar um determinado resultado, sabendo que um objetivo é um enunciado de uma consequência desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema, traduzido em termos de indicadores de execução ou de resultado (Imperatori & Giraldes, 1993).

Os mesmos autores, partilham que se deve ter em conta quatro aspetos, sendo eles: a seleção dos indicadores do problema de saúde, a determinação da sua tendência, a fixação de objetivos a atingir a médio prazo e a tradução dos mesmos em objetivos operacionais ou metas.

Os objetivos que se pretende atingir com a implementação deste projeto são:

Objetivo geral:

- Prevenir quedas das pessoas idosas admitidas na Equipa de Cuidados Continuados Integrados Domiciliários.

Objetivos específicos:

- Envolver os idosos que fazem parte da população alvo do estudo de diagnóstico de saúde nas estratégias de prevenção propostas;
- Desenvolver competências no idoso/família/cuidador para diminuição dos fatores de risco a que se encontra sujeito;
- Capacitar o idoso/família/cuidador para conhecer os potenciais fatores de risco;

Pretende-se que no final do ano de 2013, se reduzam em 25% o índice de acidentes por queda.

O presente estudo tem como finalidade contribuir para a segurança da pessoa idosa no domicílio através da avaliação e gestão do risco de queda;

1.2.6 - Indicadores e metas

No desenvolvimento de um projeto é importante existir uma monitorização das actividades planeadas e das actividades executadas, no sentido de supervisão e controlo de cada uma das fases, através do recurso a indicadores. Os indicadores são indispensáveis para a monitorização e avaliação de um projeto por se revelarem fundamentais para traduzir os ganhos em saúde. Imperatori & Giraldes (1993) referem que a avaliação tem a finalidade de contribuir para a melhoria dos programas e orientar a distribuição dos recursos a partir das informações dadas pela experiência, e não só justificar actividades já realizadas, mas também identificar insuficiências. Para além dos indicadores, torna-se pertinente definir as metas, enquanto resultado que se pretende alcançar. Considera-se como meta o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível das actividades dos serviços de saúde, traduzidos em termos de indicadores de atividade (Imperatori & Giraldes, 1993).

Para avaliação e monitorização do presente estudo, definiram-se os seguintes indicadores e metas:

Quadro 1 - Indicadores de execução

Indicadores	Meta
$\frac{\text{Nº reuniões realizadas com a equipa de gestão do projecto}}{\text{Nº reuniões planeadas com a equipa de gestão do projecto}} \times 100$	85%
$\frac{\text{Nº reuniões realizadas com os stakeholders}}{\text{Nº reuniões planeadas com os stakeholders}} \times 100$	85%
$\frac{\text{Nº profissionais da equipa multidisciplinar envolvidos}}{\text{Nº profissionais da equipa multidisciplinar necessários}} \times 100$	100%
$\frac{\text{Nº de entidades e locais da comunidade onde foi planeado divulgar o projeto}}{\text{Nº de entidades e locais da comunidade onde foi divulgado o projeto}} \times 100$	90%

Quadro 2 - Indicadores de resultado

Indicadores	Metas
$\frac{\text{Nº pessoas com idade } \geq 65 \text{ anos com visita domiciliária}}{\text{Nº pessoas com idade } \geq 65 \text{ anos admitidas na equipa}} \times 100$	70%
$\frac{\text{Nº pessoas com idade } \geq 65 \text{ anos com fatores de risco identificados}}{\text{Nº pessoas com idade } \geq 65 \text{ anos que reduziram fatores de risco}} \times 100$	50%
$\frac{\text{Nº pessoas com idade } \geq 65 \text{ anos com apoio da equipa}}{\text{Nº pessoas com idade } \geq 65 \text{ com apoio da equipa que demonstram conhecimentos}} \times 100$	70%
$\frac{\text{Nº pessoas com idade } \geq 65 \text{ anos com identificação de fatores de risco extrínsecos}}{\text{Nº pessoas com idade } \geq 65 \text{ anos que eliminaram/reduziram os fatores de risco extrínsecos}} \times 100$	70%
$\frac{\text{Nº pessoas com idade } \geq 65 \text{ anos identificadas para respostas de parceria}}{\text{Nº pessoas com idade } \geq 65 \text{ anos referenciadas para respostas de parceria}}$	70%

Estes indicadores propostos, pretendem utilizar informação sistematicamente recolhida para avaliar a qualidade das suas próprias atividades e para identificar áreas potenciais de melhoria. A monitorização e avaliação das práticas significam a avaliação e desenvolvimento sistemáticos das respetivas atividades. Contudo, muitas das atividades realizadas pelos profissionais não podem ser definidas como procedimento padrão. Os cuidados adequados são baseados na avaliação da situação de saúde da pessoa e nos

conhecimentos do profissional, em que o resultado esperado deve obedecer a um modelo passível de avaliação através dos indicadores de saúde.

1.2.7- Stakeholders

A equipa é constituída por todos os elementos e organizações envolvidas em qualquer das fases do projeto, ou que futuramente poderão ser tocados pela execução ou implementação do mesmo.

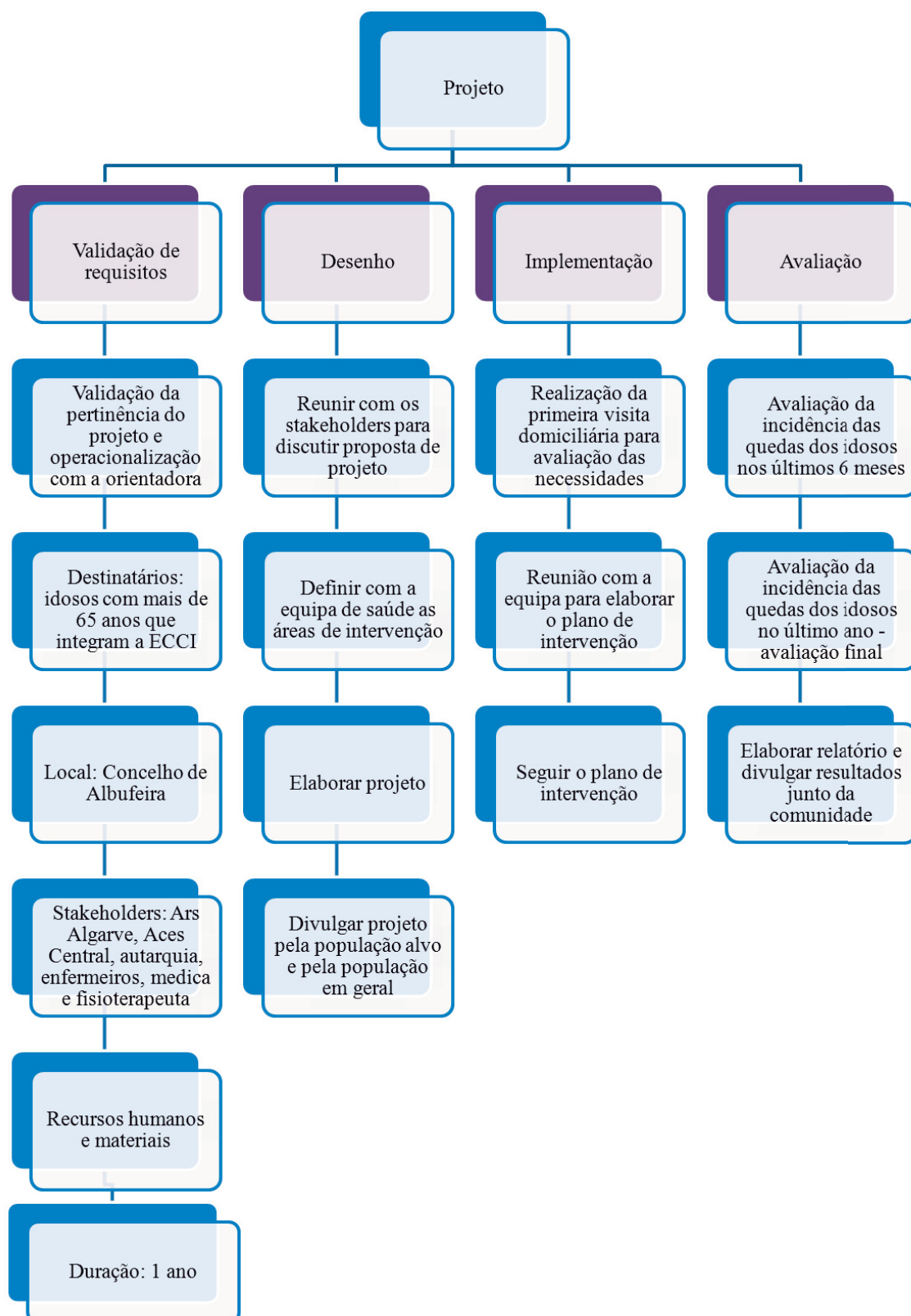
Quadro 3 - Equipa do projecto

<i>Sponsors</i>
ARS Algarve, ACES Central, Câmara Municipal de Albufeira, junta de freguesia de Ferreiras, junta de freguesia de Paderne, junta de freguesia de Olhos de Água, junta de freguesia da Guia;
Gestor do Projeto
Coordenadora da UCC
Equipa de execução do projeto
Enfermeiros, médico, fisioterapeuta e técnico de serviço social da equipa de Cuidados continuados Integrados de Albufeira
Parcerias
Câmara Municipal de Albufeira e juntas de freguesia do concelho
Clientes
Pessoas com 65 e mais anos admitidas na Equipa de Cuidados Continuados Integrados

1.2.8- Estrutura do projeto (*Work Breakdown Structure*)

Após a definição do tema, os objetivos e as estratégias a desenvolver, segue-se a esquematização da estrutura do projeto e das suas fases, permitindo este formato uma melhor visualização das intervenções de planeamento e execução do mesmo.

Figura 1 - *Work Breakdown Structure*



1.2.9 - Orçamento

No campo dos cuidados de saúde procura-se cada vez mais avaliar a eficácia, rentabilidade e racionalização dos recursos tendo em conta a gestão dos custos. Esta inclui a previsão das despesas inerentes à implementação do projeto. Os cálculos têm em conta as despesas mensais com os recursos humanos e materiais. Quanto aos recursos humanos, os custos baseiam-se nos valores da hora em início de carreira, com regime de trabalho em tempo completo (35h/semana).

Quadro 4 - Estimativa de orçamento anual

Rubrica	Designação da carreira	Custo/hora	Horas semanais	Custo mensal
Pessoal	Enfermeiro	7€	4	112€
	Médico	12€	1	48€
	Fisioterapeuta	7€	2	56€
	Técnico de Serviço Social	7€	1	28€
	Assistente operacional	3,5€	4	56€
	Motorista	3,5€	4	56€

Rubrica	Designação	Quilómetros/semana	Consumo semanal	Consumo mensal
Transporte	Combustível	70km	5€	20€

Rubrica	Designação	Consumo semanal	Custo semanal	Custo mensal
Material de escritório	Papel de impressora	1/2 resma	2€	8€
	Tinteiros	1/6 tinteiro	2€	8€

Rubrica	Valor mensal	Valor anual
Pessoal	356€	4 272€
Transporte	20€	240€
Material de escritório	16€	192€
Total estimado	392€	4 704€

O orçamento estimado representa os custos anuais inerentes à execução do projeto de forma isolada, não se enquadrando nas visitas domiciliárias que são programadas para a prestação de cuidados da ECCI. Contudo, na prática em algumas destas visitas será possível desenvolver simultaneamente as atividades inerentes a este projeto prevendo-se, desta forma, que o orçamento efetivo apresente algum decréscimo relativamente aos

valores apresentados, já que as atividades planeadas serão suportadas pelos profissionais da ECCI no seu horário de trabalho, sem acréscimo de horas.

1.3 – EXECUÇÃO

A execução visa as atividades e estratégias para atingir os objetivos. Os esforços podem ser feitos individualmente ou em grupo e as metas e objetivos, podem ser partilhados ou delegados (Stanhope & Lancaster, 1999). A execução é moldada de acordo com o problema de saúde identificado, o grupo a que se destina, as estratégias específicas planeadas para alcançar determinados objetivos. Para além disso, o sucesso do desenvolvimento das atividades de execução encontram-se relacionadas com o envolvimento de todos os intervenientes.

1.3.1 – Atividades a desenvolver

As atividades são um conjunto de procedimentos sequenciais, encontrando-se parte deles desenvolvidas nesta fase e outras devidamente planeados para etapas posteriores, de acordo com o cronograma de atividades (apêndice II).

Atendendo a que o projeto se encontra enquadrado dentro dos objetivos do ACES, foi considerado como uma mais-valia para a população alvo, dado que a segurança do utente é de extrema importância e a nível dos CSP e para a região é um projecto inovador. Prevê-se a realização de uma ação de formação na ARS, até ao final do ano à qual a equipa foi convidada para partilhar a sua experiência. A enfermeira responsável pela Segurança do Doente a nível regional mostrou interesse na replicação deste projeto nas restantes UCC.

A fase de execução contempla duas etapas: a implementação e avaliação. Deste modo, durante o mês de outubro pretende-se implementar efetivamente o projeto, atendendo a que os recursos logísticos, materiais e humanos se encontram disponíveis. A fase de implementação pressupõe a apresentação pública para divulgação à comunidade. Além disso, a informação será reforçada através dos profissionais da ECCI durante o decurso das

visitas domiciliárias no âmbito da prestação de cuidados desta equipa, complementando a sensibilização que têm vindo a ser desenvolvida. Pretende-se construir um folheto que contemple uma lista com algumas medidas preventivas. Este documento será facultado/divulgado ao cidadão nas diversas unidades funcionais do Centro de Saúde, nas juntas de freguesia, nos centros de dia do concelho e em alguns pontos do comércio tradicional.

A informação foi pensada de modo a atingir diferente público. Será solicitado ao gabinete de comunicação da ARS para divulgar *on-line*, no sítio desta administração e a nível local será facultada à imprensa escrita, a qual já foi contactada encontrando-se bastante recetiva para divulgar a informação no jornal, para além de se prever a sua divulgação no boletim do município.

A implementação do projeto contempla as seguintes fases:

Fase 1- Reunião com a equipa de gestão do projeto relativamente ao tema: Prevenção de acidentes domésticos com pessoas idosas;

Fase 2- Identificação das pessoas com 65 e mais anos, admitidas na ECCI;

Fase 3- Planeamento da 1ª visita domiciliária;

Fase 4 – Realização da visita domiciliária para avaliação do risco de queda;

Fase 5 – Referenciação do utente para outros profissionais da equipa, caso se justifique;

Fase 6 – Planeamento da 2ª visita domiciliária.

Fase 7 – Realização da 2ª visita domiciliária;

Fase 8 - Realização de 3ª visita domiciliária, se ocorrer queda do utente.

O projeto de prevenção de quedas foi conceptualizado durante o Mestrado em Enfermagem Comunitária, durante os meses de julho a setembro de 2012 e o início da sua implementação irá decorrer no mês de outubro.

Pensando nesta fase e atendendo às evidências da revisão da literatura, para dar resposta a este fenómeno, o instrumento de colheita de dados deverá incluir escalas de avaliação de risco de quedas, índices de dependência e de avaliação mental, assim como uma grelha de avaliação dos fatores ambientais. Este instrumento será preenchido pelo enfermeiro durante a visita domiciliária para permitir identificar os fatores de risco a que o idoso se

encontra sujeito. Pretende-se utilizar o algoritmo para prevenção de quedas adaptado da *AGS/BJS Clinical Practice Guideline* (apêndice III). Este instrumento permite ao enfermeiro avaliar os fatores de risco e planejar a intervenção tendo em consideração as causas multifatoriais identificadas em cada situação, referenciando para os outros profissionais da equipa multidisciplinar caso se identifique fatores de risco cuja abordagem se enquadre nas competências do médico, do fisioterapeuta ou do técnico de serviço social, ou outro, assim como referenciar para os parceiros no que concerne ao apoio que dará aos idosos que necessitam de adaptação e eliminação das barreiras arquitectónicas ou de outras situações que estes manifestem capacidade de resposta.

2 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A manutenção e a promoção de estilos de vida saudáveis na terceira idade estão diretamente associados a ganhos em saúde. No entanto, numa etapa mais tardia em que a independência funcional pode começar a manifestar comprometimento é importante identificar os fatores que podem desencadear maior predisposição para comprometer a saúde e a qualidade de vida. Neste sentido, a DGS através do Programa Nacional para as Pessoas Idosas publicou um guia que visa informar sobre as alterações que poderão surgir com o envelhecimento e o modo de vivenciar esta fase da vida de uma forma saudável com qualidade através de ensinamentos para o autocuidado na saúde e na doença, e de programas de prevenção e manutenção da saúde, as estratégias para lidar com esses problemas e como prevenir acidentes. Estes programas exigem uma intervenção multidisciplinar dos serviços de saúde e dos profissionais, onde os enfermeiros assumem um papel preponderante na problemática do envelhecimento ao longo da vida, atuando numa atitude preventiva, promotora da saúde e da autonomia. Esta vertente procura reduzir as incapacidades e promover a adequada recuperação global face às necessidades individuais e familiares, envolvendo a comunidade, numa responsabilidade partilhada.

Os acidentes, e particularmente as quedas são um desafio ao envelhecimento populacional. Nas últimas décadas, este problema tem sido estudado em contexto hospitalar, talvez por constituir um dos principais acontecimentos indesejáveis durante a hospitalização. Daí que, são um dos maiores desafios no plano de segurança do doente, porque a gestão de risco clínico enquanto um conjunto de medidas destinadas a melhorar a segurança do doente é uma prioridade máxima na melhoria dos cuidados de saúde e um indicador de qualidade dos serviços de internamento hospitalar. Muitas unidades hospitalares utilizam escalas de medida de risco de queda, assentes em normas de procedimento que permitem uniformizar a prática clínica.

Na comunidade, este acontecimento não tem sido tão profundamente estudado, nem alvo de estratégias preventivas como seria desejável, revelando-se prioridade de intervenção e tema de estudos a nível da comunidade. Esta afirmação emerge dos ganhos resultantes na melhoria da qualidade de vida dos idosos e cuidadores (American Academy of Family Physicians, 2000).

É de realçar que as quedas podem ser prevenidas. Muitos dos fatores de risco são evitáveis. A literatura indica que a falta de conhecimento sobre os mesmos e o modo de evitá-los contribui para a ocorrência de quedas. Para além disso, este problema é reconhecido pela OMS e pela DGS como prioritário para o desenvolvimento de estratégias que visem a obtenção de respostas adequadas.

É nesta perspetiva que assenta o projeto de prevenção de quedas na pessoa idosa, através do qual se pretende capacitar o utente/família/cuidador para identificar os fatores de risco de modo a prevenir este tipo de acidente doméstico. A educação sobre fatores de risco incide sobre estratégias preventivas que incluem as pessoas idosas, famílias e cuidadores, (*Centers for Disease Control and Prevention*, 2008). Os idosos que caíram devem ser submetidos a uma avaliação completa, pois determinar ou tratar a causa pode reduzir o risco de quedas recorrentes (American Academy of Family Physicians, 2000).

O diagnóstico relativo ao risco de quedas efetuado à população idosa (com idade igual ou superior a 65 anos) admitida na ECCI de Albufeira, aponta para uma elevada prevalência deste evento, associado à idade avançada da população alvo, ao género, à existência de pluripatologias, ao comprometimento do padrão de acuidade visual, ao comprometimento da marcha e à deterioração do estado mental. Os fatores identificados, constituem-se como predisponentes para a ocorrência de quedas, o que é confirmado através dos *scores* da escala de Morse.

Atendendo a que as causas associadas a este incidente podem ser intrínsecas e/ou extrínsecas à pessoa, e que os fatores intrínsecos potenciam os riscos associados aos fatores extrínsecos, as estratégias a desenvolver passam pela avaliação individualizada das causas a que cada pessoa idosa está sujeita. Os enfermeiros pelas competências que desempenham e pela envolvimento na prestação de cuidados na comunidade, são os profissionais que por excelência estão habilitados para desenvolver programas de prevenção inseridos no

domínio dos cuidados prestados ao idoso. Contudo, sabendo que as causas que determinam a predisposição de quedas são multifatoriais e envolvem competências de outras áreas da saúde, cabe a este profissional diagnosticar e, sempre que a intervenção não se enquadre nas suas competências referenciar para outras disciplinas, no sentido de reduzir ou eliminar os fatores de risco identificados.

Este projeto foi delineado para ser implementado durante um ano. Posteriormente será feita a avaliação final e definida a sua continuidade de acordo com os diversos fatores envolventes tais como recursos humanos, logísticos, parcerias e a prioridades do ACES. Tendo em conta o período em que decorreu a sua elaboração, foram estabelecidas reuniões com os *stakeholders*, considerando-se cumpridas as primeiras etapas da fase de planeamento.

Neste estadio de desenvolvimento, revela-se oportuno salientar as limitações do estudo relacionadas com o facto da Escala de Morse não se constituir como um instrumento validado para aplicação na comunidade, para além de que não se encontraram estudos desta natureza realizados com os idosos integrados nas ECCI. Outro aspeto a referir incide sobre a ausência de diagnóstico de saúde da comunidade, o que limita o conhecimento das necessidades e impossibilita a hierarquização de uma árvore de problemas que se constitui como referência para o desenvolvimento de projetos que se enquadrem nas necessidades prioritárias da população em estudo.

Apesar destas limitações que balizam considerações importantes, salienta-se que este projeto, embora tenha sido pensado para os idosos integrados na ECCI, pode ser replicado para a população idosa inserida nesta comunidade, assim como para outras comunidades. A identificação de idosos na comunidade com risco aumentado de queda facilitaria a tomada de medidas preventivas, evitando o primeiro evento de queda para aqueles idosos que não caíram e diminuindo o aparecimento de novos episódios para aqueles que já experienciaram a queda.

A possibilidade de elaborar um projeto de intervenção comunitária, possibilita o desenvolvimento de competências e saberes, numa área de extrema importância e relevo para a segurança da pessoa idosa na comunidade. Pretende-se envolver os dirigentes e sensibilizar para esta temática, no sentido que futuramente este projeto seja replicado nas

restantes UCC, para que a ARS do Algarve venha a constituir-se como uma entidade promotora de boas práticas na segurança da pessoa idosa na comunidade, dado que este é um projecto inovador na região.

3 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, R.A.R., Abreu, C.C.F. & Mendes, A.M.O.C. (2010). Falls in hospitalized patients: contributions to practice based on prevention. *Revista de Enfermagem Referência*, 2, 163-172. Recuperado em 2012, julho 1. Disponível em www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ref/v3n2/v3n2a17.pdf
- Almeida, P.R. (2011). *Idosos, quedas e atividade física: percepções e atitudes*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia. Universidade de Aveiro. Recuperado em 2012, junho 30. Disponível em <http://hdl.handle.net/10773/7787>
- American Academy of orthopaedic surgeons (2009). *Guidelines for Preventing Falls*. Recuperado 2012, julho 2, disponível em <http://orthoinfo.aaos.org/topic.cfm?topic=A00135>
- American Academy of Family Physicians (2000). *Falls in the Elderly in Geriatrics*. Recuperado em 2012, junho 30, disponível em www.uthscsa.edu/tods/FallsintheElderly.pdf
- American Geriatrics Society (2011). *New Guidelines for Preventing Falls in the Elderly Include: Start Tai Chi, Cut-Back on Meds*. Recuperado 2012, Agosto 20, disponível em www.americangeriatrics.org/press/news
- Administração Regional de Saúde do Algarve, IP (2011). *Plano de Atividades 2012*. Recuperado em 2012, julho 30. Disponível em <http://www.arsalgarve.min-saude.pt/site/centrodocs/plano>
- Administração Regional de Saúde do Algarve, IP (2012). *Relatório de Atividades 2011*. Recuperado em 2012, setembro 3. Disponível em <http://www.arsalgarve.min-saude.pt/site/centrodocs/relatorio>

- Berger, M. L. & Mailoux-Poirier, M.Sc.Inf. (1995). *Pessoas idosas: Uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidata
- Buksman, S., Vilela, A.L.S. & Pereira, S.R.M. (2008). Quedas em idosos: Prevenção. *Projeto Diretrizes*. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. 1-10. Recuperado em 2012, julho 1. Disponível em http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/082.pdf.
- Câmara Municipal de Albufeira (2004). *Relatório de Execução do Plano Diretor Municipal e de caracterização das condições económicas, sociais e ambientais*. Divisão do Planeamento. março. Recuperado em 2012, julho 2. Disponível em <http://www.cm-abf.pt>
- Campbell, A.J., Robertson, M.C., Gardner, M.M., Norton, R.N. & Buchner, D.M (1999). Psychotropic medication withdrawal and a home-based exercise program to prevent falls: a randomized controlled trial. *J Am Geriatr Soc* ; 47(7): 850-3.
- Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control (2008). *Preventing falls: How to Develop Community – based Fall Prevention Programs for Older Adults* . Recuperado em 2012, junho 15. Disponível em: <http://www.cdc.gov/HomeandRecreationalSafety/Falls/adultfalls.html/>
- Collière, M.F. (2003). *Cuidar...A primeira arte da vida*. Loures: Lusociência.
- Diário da República (1998). Despacho Conjunto nº 407/98 de 18 de junho. II Série A.
- Diário da República (2006). Decreto-lei nº 101/2006 de 6 de junho. I série A.
- Diário da República (2009). Decreto-lei nº 248/2009 de 22 de setembro. I série A.
- Direção Geral de Saúde (2001). *Guias de Educação e Promoção da Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.

- Direção Geral de Saúde (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Circular Normativa nº 13/DGCG de 02 de julho.
- Direção Geral de Saúde (2011). Plano Nacional de Saúde 2011-2016. *Estratégias para a Saúde*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Recuperado em 2012, maio 30. Disponível em: http://pns.dgs.pt/files/2012/02/OSS1_2012-06-25_PN_CPV_ES.pdf
- Direção Geral de Saúde (2012). *Nova Formação “Com mais cuidado: prevenção de acidentes e envelhecimento ativo”*. (informação nº 005/2012). 20 Março.
- Duarte, S.F.C. (2010). *Continuidade em Cuidados Domiciliários: O Papel do Enfermeiro*. Dissertação de Doutoramento em Enfermagem. Universidade de Lisboa. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Recuperado em 2012, julho 4. Disponível em <http://repositorio.ul.pt>
- Duthie, E.H.& Katz, P.R. (2002). *Geriatría Prática*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Estefani, A.G. (2007). Perfil de idosos atendidos em Ambulatório de Geriatria segundo a ocorrência de quedas. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Educação. Recuperado em 2012, julho 3. Disponível em http://www.observatorionacionaldoidoso.br/biblioteca_monografias/5.pdf
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fortin, M.F. (1999). *O Processo de Investigação*. Lisboa: Lusociência.
- Gonçalves, R. (2010). *Cuidados Continuados Integrados*. In *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde -Um percurso comentado*, (562-599). Coimbra: Almedina.
- Guimarães, J.M.N. & Farinatti, P.T.V. (2005). Análise descritiva de variáveis teoricamente associadas ao risco de quedas em mulheres idosas. *Revista Brasileira de Medicina Desportiva*. 11. (5), 299-305. Recuperado em 2012, julho 2. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v11n5/27593.pdf>

- Hesbeen, W. (2000). *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e Ação na perspectiva do cuidar*. Lisboa: Lusociência.
- Health Canada (2006). *Seniors and Aging-Preventing Falls in and around your home*. Recuperado em 2012, junho 3. Disponível em <http://www.hc.sc.gc/hl-vs/iyh-vsv/life-vie/fp-pc-eng.php>
- Imaginário, C. M. I. (2008). *O Idoso Dependente em Contexto Familiar. Uma análise da visão da família e do cuidador principal* (2ª ed.). Coimbra: Formasau.
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento em Saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Edições Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública.
- Instituto Nacional de Estatística (2011). Recuperado em 2012, junho 3. Disponível em: <http://www.ine.pt> 2010.
- Junta de Andalucia - Consejería de salud (2009). *Estrategia de prevencion, detección y actuación ante el riesgo de caídas en el sistema sanitario público de Andalucía*. Comité Operativo para la seguridad del paciente: Consejería de salud.
- Loureiro, I.& Miranda, N. (2010). *Promover a Saúde: Dos Fundamentos à Ação*. Coimbra: Almedina.
- Marinheiro, P. (2002). *Enfermagem de Ligação*. Edição: Quarteto Editora.
- Moniz, J.M.N. (2003). *A Enfermagem e a Pessoa Idosa: A prática de cuidados como experiência formativa*. Loures: Lusociência.
- National Patient Safety Agency (2007). *The third report from the patient safety observatory-slips, trips and falls in hospital*. Recuperado em 2012, julho 3. Disponível em www.npsa.nhs.uk/.../GatewayLink.aspx?alId=62
- Netto, P.M.O.(2006). *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara.

Nobre, I.C.N. (2009). *Breve história de Albufeira* (4ªed.). Edição: Câmara Municipal de Albufeira.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2011). *Relatório de Primavera: da depressão à crise para a governação prospetiva da saúde*. Fundação Calouste Gulbenkian.

Oliveira, B. (2010). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. (4ª ed.). Porto: Livpsic.

Ordem dos Enfermeiros (2001). Conselho de enfermagem. *Divulgar: Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem - Enquadramento conceptual/enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.

Pereira, C.L.N. (2011). *Risk of Falls, Fear of Falling, and Loss of Autonomy on Old Women: Impact of Physical Activity and Fitness in the Performance of Activities of Daily Living*. Dissertation submitted in order to obtain a Ph.D. in the Branch of Human Movement, Specialty in Health and Physical Fitness. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa. Faculdade de Motricidade Humana. Recuperado em 2012, maio, 30. Disponível em http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/3905/1/Tese_Doutoramento_Catarina_Pereira_FMH_Autonomia_Quedas_AFisica.pdf

Portal do Município de Albufeira. Recuperado em 2012, agosto 30. Disponível em <http://www.cm-albufeira.pt>

Portugal Virtual. Recuperado em 2012, julho 4. Disponível em <http://www.portugalvirtual.pt/-tourism/algarve/albufeira/ptindex.html>

Polit, D.F. & Hungler, B.P. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. (3ª ed.) Porto Alegre: Artes Médicas.

Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (1998). Recuperado em 2012, julho 1. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt>

- Roach, S. (2003). *Introdução à Enfermagem Gerontológica*. Rio de Janeiro: Guanabara.
- Roque, A.L., Santos, C., Correia, G.M. & Moniz, R.L.T. (2009). *Efetividade de Programas de Intervenção na Prevenção de Quedas em Idosos com Osteoporose. Revisão Sistemática da Literatura*. Mestrado em Fisioterapia. Escola Nacional de Saúde Pública e Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa em Associação com a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Lisboa: março, 2009.
- Roseira, M.B. (2011). *Saúde Pública-hoje. In A Nova Saúde Pública: A saúde pública na era do conhecimento-Livro de Homenagem a Constantino Sakellarides*, (43-51). Lisboa: Gradiva.
- Santos, R.J.G. (2008). *Quedas em Idosos*. Dissertação de Mestrado. Universidade Fernando Pessoa. Ponte de Lima: 2007/2008
- Shiaveto, F.V. (2008). *Avaliação do Risco de Quedas em Idosos na Comunidade*. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Recuperado em 2012, junho 10. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-19122008-153736/pt-br.php>
- Silveira, E.N., Miranda C.A., Araújo R.A. & Enders C.B. (2011). Clinical and epidemiological profile of patients with traumatic brain injury treated in the emergency department. *Revista de Enfermagem REUOL*. 5(5), 1145-150. Recuperado em 2012, junho 3. Disponível em www.pgenf.ufrn.br/conteudo/publicacao.php?tx=
- Sousa, L. Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer na Família. Os cuidados familiares na velhice* (2ª ed). Coleção Idade do Saber. Porto: Âmbar.
- Staab, A.S. & Hodges, L.C. (1998). *Enfermagem Gerontológica*. México: Mc Graw-Hill interamericana.

- Stanhope, M. & Lancaster J. (1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos (4ª ed.)*. Lisboa: Lusociência.
- Studenski, S. & Wolter, L. (2002). Instabilidade e quedas in *Geriatria Prática (3ª ed)*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Tinetti, M. E. & Williams, C.S. (2007). *Falls, injuries due to falls, and the risk of admission to a nursing home. The New England Journal of Medicine* 337 (18), 1279-1284. Recuperado em 2012, junho, 4. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199710303371806>
- Unidade de Cuidados na Comunidade Al-Buhera (2011). *Plano de Ação*. Manuscrito não publicado.
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2010). *Relatório de monitorização do desenvolvimento da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 2009*. Lisboa: UMCCI.
- World Health Organization (2004). What are the main risk factors for falls amongst older people and what are the most effective interventions to prevent these falls?. Recuperado em 2012, junho 2. Disponível em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/74700/E82552.pdf
- World Health Organization (2007). WHO global report on falls prevention in older age. Recuperado em 2012, junho 2. Disponível em http://www.who.int/ageing/publicationa/Falls_prevention7March.pdf

ANEXO

Anexo I - Autorização do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Central

APENDICES

Apêndice I - Instrumento de colheita de dados

Apêndice II - Cronograma de atividades

Apêndice III – Algoritmo prevenção de quedas

Instrumento de colheita e dados

A- Caracterização sociodemográfica

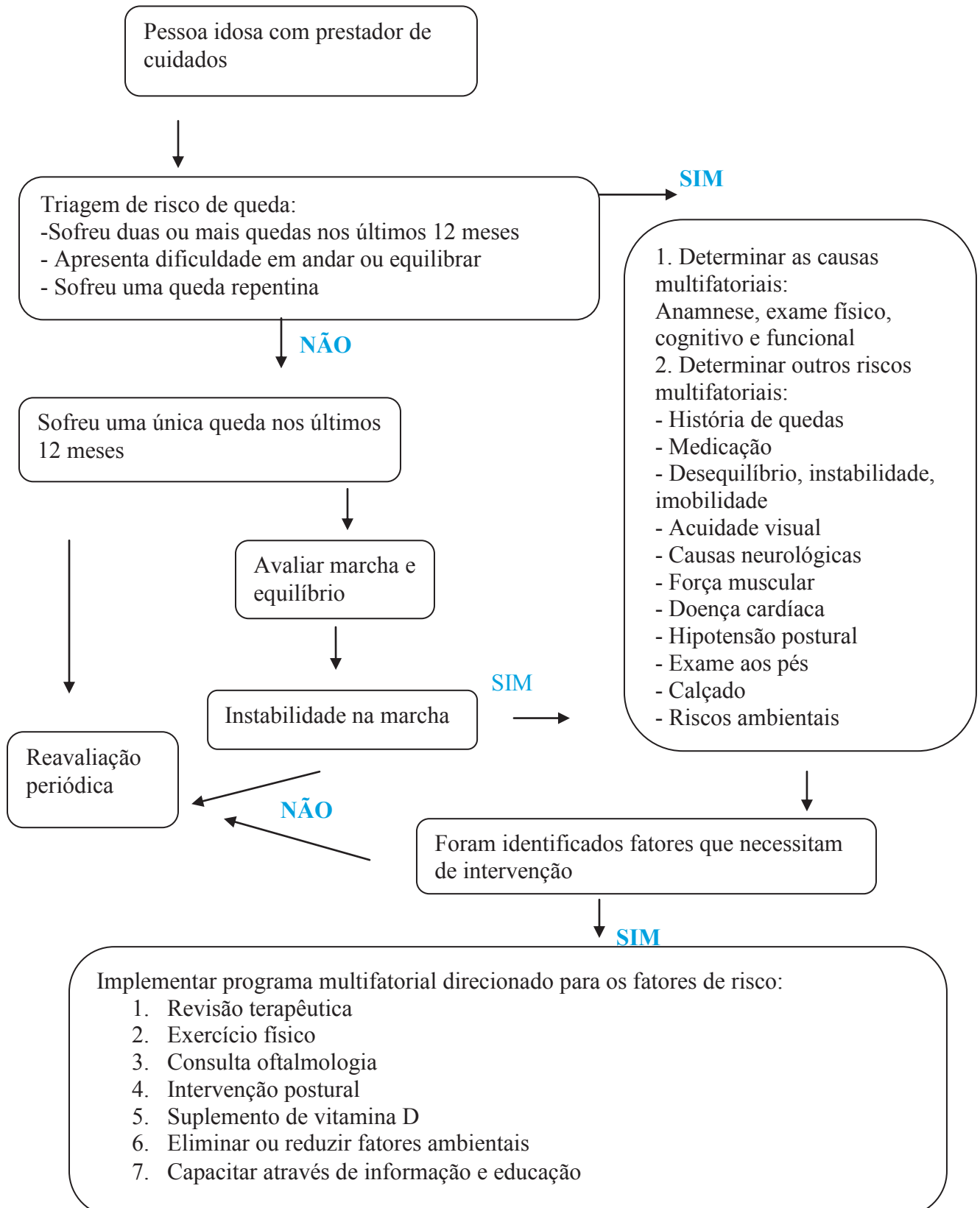
1. **Data nascimento** ____/____/____
2. **Género:** Masculino () Feminino()
3. **Com quem reside?**
(..)sozinho
(..)com o cônjuge
(..)com o(s) filho(s)
(..)com o cônjuge e filho(s)
(..)outros
4. **Toma medicamentos psicotrópicos** ()sim () não
5. **Tem alguma destas doenças?**
(..)artroses ()depressão (..)doença pulmonar crónica
6. **Tem diminuição da acuidade visual** (..) sim (..)não

B- Escala de Morse

1. **História de quedas imediatas ou ocorridas no período de 3 meses**
(..) não-0pontos (..)sim-25 pontos
2. **Diagnóstico secundário**
(..) não-0pontos (..)sim-15 pontos
3. **Ajuda para deambular**
(..)Nenhuma, repouso não leito, cadeira de rodas, outra pessoa -0 pontos
(..)Canadianas, bengala, andador -15 pontos
(..)Mobiliário – 30 pontos
4. **EV/uso de heparina**
(..) não-0pontos (..)sim-20 pontos
5. **Modo de andar/transferência**
(..)Normal/repouso no leito/imóvel – 0 pontos
(..)Fraco – 10 pontos
(..)Prejudicado – 20 pontos
6. **Estado mental**
(..)Orientado para a própria capacidade – 0 pontos
(..)Esquece as limitações – 15 pontos

Nível de risco	Escore EMQ	Ação
Sem risco	0-24	Nenhuma
Risco baixo	25-50	Implementar ações padronizadas contra quedas
Risco elevado	+ 51	Implementar intervenção para prevenção de alto risco de quedas

Algoritmo para prevenção de quedas



Fonte: Adaptado de *Prevention of falls in older persons AGS/BJs Clinical Practice Guideline* (2009). Disponível em: www.medcats.com/falls/frame.htm

20 AGO, 2012

003406



¶

¶

Exma. Sr.^a
Enf.^a Fátima Cabrita
Coordenador da UCC Al-Buhera
Centro de Saúde de Albufeira
Urbanização dos Calços
8200Albufeira

¶

¶

Sua Referência

Sua Comunicação

Nossa Referência
Conselho Clínico
152/12
Agosto 2012

ASSUNTO: Pedido de autorização para elaboração de diagnóstico de saúde

Em resposta, por favor mencione a nossa referência.

No seguimento do pedido efectuado por V. Ex.^a, referente ao assunto em epígrafe, no sentido de realizar um projecto de intervenção comunitária, serve o presente para informar que o mesmo se encontra autorizado.

Com os melhores cumprimentos,

Presidente do Conselho Clínico

Dr.^a Natália Correia

NC/pbm